

**Филиал Казахстанского международного бюро  
по правам человека и соблюдению законности  
в г. Астана**

## **Условия содержания и соблюдение прав пациентов в психиатрических учреждениях**

*Доклад по результатам мониторинга, проведенного  
в психиатрических учреждениях  
городов Астана, Костанай, Павлодар и Усть-Каменогорск*

Проведение исследований, подготовка и издание доклада по их результатам стало возможным благодаря финансовой поддержке Комиссии по развитию демократии посольства Соединенных Штатов Америки в Республике Казахстан

Авторы-составители: А.Ибраева, А.Кнаус (раздел 2, пункты 4.1-4.11), Ж.Ибраева.

Данный доклад предназначен для сотрудников психиатрических учреждений, Министерства здравоохранения Республики Казахстан и его территориальных подразделений, правоохранительных, судебных и других государственных органов, представителей общественных организаций и всех других лиц, заинтересованных в улучшении положения с правами человека в психиатрических учреждениях.

Редактор Е.Жовтис

## Введение

Здоровье населения является одним из главных факторов обеспечения национальной безопасности республики.

Болезни нервной системы и психические расстройства занимают второе (25,3% в 2008 г., 24,4% в 2007 г.) и третье место (11,8% в 2008 г., 13,0% в 2007 г.), соответственно, в иерархии инвалидности.

Действующее законодательство Республики Казахстан предусматривает права каждого лица на уважение человеческого достоинства, защиту от пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, доступ и получение квалифицированной юридической помощи, свободу и личную неприкосновенность, охрану здоровья и медицинскую помощь и др. Однако ввиду многих причин в настоящее время эти права лиц с психическими расстройствами (заболеваниями) нарушаются.

Основными причинами этого являются: несоответствие отдельных нормативных правовых актов Конституции Республики Казахстан, международным договорам, ратифицированным Казахстаном, и минимальным стандартам в этой области, не соблюдение действующего законодательства Республики Казахстан, дискриминация психически больных, финансирование психиатрических учреждений по «остаточному принципу», отсутствие условий для исполнения требований нормативных правовых актов (отсутствие лечебно-трудовых мастерских, общежитий для больных), кадровые вопросы, низкая заработная плата врачей и других медицинских работников и др.

Филиалы общественного объединения «Казахстанское международное бюро по правам человека и соблюдению законности» (далее - КМБПЧ) в гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск и Павлодар - обособленные подразделения некоммерческой неправительственной правозащитной организации - с сентября 2009 г. по январь 2010 г. осуществили мониторинг в психиатрических учреждениях 4-х регионов страны, из которых 2 психоневрологического диспансера в гг. Павлодар и Усть-Каменогорск, областная психиатрическая больница в поселке Затобольск Костанайского района Костанайской области и медицинский центр проблем психического здоровья в г. Астана.

При этом в г. Павлодар главным врачом Павлодарского психо-неврологического диспансера Иманбековым К.О. (назначенным на должность 13.08.09 г., по специальности врачом-наркологом) до истечения месяца работы было отказано в сотрудничестве и монитору запрещено дальнейшее посещение ППНД.

Мониторинг имел целью исследование условий пребывания лиц, содержащихся в психиатрических учреждениях, и ситуации с соблюдением их прав на уважение человеческого достоинства, защиту от пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, получение квалифицированной юридической помощи, свободу и личную неприкосновенность, выявление проблем, а также предотвращение нарушения этих прав в психиатрических учреждениях.

Руководителем проекта было направлено письмо в Министерство здравоохранения Республики Казахстан, которое переадресовало его в территориальные управления здравоохранения, а в г. Павлодар – в акимат для получения соответствующего разрешения.

Юристами - мониторами были проведены следующие мероприятия:

- согласовано проведение исследований с руководством управлений здравоохранения и главными врачами психиатрических учреждений;
- проведен анализ действующего законодательства Республики Казахстан по предмету мониторинга;
- подготовлен инструментарий мониторинга (анкеты для пациентов стационара и диспансера, медицинского персонала, адвокатов; карты наблюдений; формы опросников для заведующих отделениями и интервью для главных врачей);
- проведен анализ отдельных письменных документов, предоставленных психиатрическими учреждениями либо полученных от заинтересованных лиц;
- исследована ситуация с соблюдением прав пациентов, содержащихся в психиатрических учреждениях, на уважение человеческого достоинства, защиту от пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, получение квалифицированной юридической помощи, свободу и личную неприкосновенность;
- в ходе мониторинга персонал психиатрических учреждений и пациенты, содержащиеся в них, были проинформированы о правовых нормах с целью предупреждения нарушения указанных прав; проведены лекции, переданы папки с законодательством и международными документами о правах инвалидов и психически больных лиц;

- подготовлены и распространены среди пациентов, содержащихся в психиатрических учреждениях, буклеты о правах взрослых и детей, ограничениях прав.

Посещению психиатрических учреждений предшествовало устное уведомление главных врачей.

Следует отметить, что в ходе реализации мониторинга в г. Павлодар наблюдатель испытывала трудности в получении доступа в психиатрическое учреждение, несмотря на то, что Управление здравоохранения Павлодарской области «разрешило проведение мониторинга в психиатрических учреждениях».<sup>1</sup> Такому ответу предшествовало согласование мониторинга Управлением здравоохранения Павлодарской области и заместителем акима Р.М. Жумабековой.<sup>2</sup> Считаем необходимым отметить, что на момент так называемого согласования мониторинга – 02.06.09 г. действовал Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который не предусматривал какое-либо согласование, а напротив, ст. 42 Закона определяла право общественных организаций по собственной инициативе посещать психиатрические учреждения (без какого-то ни было подписания обязательства о неразглашении врачебной тайны, как указывалось в письме о согласовании).

В ходе мониторинга было получено 227 субъективных мнения и оценок пациентов психиатрических учреждений (пациентов стационара - 193: Астана - 78, Костанай - 73, Усть-Каменогорск – 42; пациентов диспансера - 34: Астана - 18, Костанай - 16), 39 родственников пациентов (Астана - 3, Костанай – 30, Усть-Каменогорск - 6), 3-х главных врачей, 24-х заведующих отделениями, 422 медицинского персонала (Астана - 150, Костанай - 158, Павлодар - 20, Усть-Каменогорск - 94), и 86 адвокатов (Астана - 35, Костанай - 26, Усть-Каменогорск - 25).

Собранный материал представляется весьма ценным с точки зрения содержащейся в нем информации.

По результатам проведенных исследований подготовлен настоящий доклад с целью информирования всех заинтересованных лиц и организаций (государственных, общественных, международных) о ситуации с соблюдением указанных выше прав пациентов и условий их содержания в психиатрических учреждениях.

Основные выводы настоящего доклада:

- нормативно-правовая база не соответствует международным стандартам и в частности Правилам защиты психически больных и улучшения психиатрической помощи, не в полной мере способствует защите пациентов и эффективной работе медперсонала;
- психиатрические учреждения финансируются по остаточному принципу, что существенно сказывается на соблюдении прав и свобод пациентов стационаров;
- в каждом из 4-х регионов (гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск и Павлодар) имеют место нарушения прав пациентов, основой которых является дискриминация, стигматизация; отсутствует доступ к эффективным средствам реализации прав, одновременно обеспечивающим процессуальные гарантии защиты; отсутствует доступ к профессиональной реабилитации;
- закрепленные в Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» права на выбор медицинского учреждения, согласие на лечение, обеспечение лекарственными средствами не могут быть реализованы без необходимых изменений в действующем законодательстве;
- надлежащим образом не обеспечивается защита прав пациентов медицинскими организациями;
- медицинский персонал и пациенты не обладают достаточным уровнем знаний о правах человека и соответствующих положениях национального законодательства;
- государство «забыло» лиц с психическими расстройствами, число которых с каждым годом стремительно возрастает, буквально во всех сферах жизнедеятельности;
- государственные структуры и общественные организации либо взаимодействуют недостаточно эффективно, либо отсутствует вообще какое-либо сотрудничество в области соблюдения прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Данный мониторинг не претендует на полное изучение ситуации с условиями содержания и соблюдением прав пациентов психиатрических учреждений гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск и Павлодар. Представленные результаты не носят характера рейтинговой оценки психиатрических учреждений, в которых проводились исследования. Аналогично, представляется нецелесообразной констатация типа: «в данном психиатрическом учреждении права человека соблюдаются на 50%», или «права человека соблюдаются по отношению к 98% пациентов».

Авторы исследования рассчитывают на то, что собранная информация поможет заинтересованным государственным органам и лицам в поисках решений, более благоприятствующих уважению прав человека в учреждениях подобного типа. Авторы надеются, что доклад будет полезным как для должностных лиц, принимающих решения, приводящие к системным изменениям, так и для сотрудников психиатрических учреждений.

<sup>1</sup> Ответ от 23.10.09 г., № 5/4-09/3257.

<sup>2</sup> Об этом сообщалось в письме от 02.06.09 г., № 5Н-07/1692.

Авторы доклада выражают благодарность в особенности экс начальнику Управления здравоохранения г. Астана Ракишеву Н.К., главным врачам гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск - Нуркатову Е.М., Сандыбаевой Р.К. и Власовой Н.М., администрации и сотрудникам ГУ «МЦППЗ» г. Астана: Смагамбетовой З.Т. (заведующая отделом информации и медицинской статистики), Алтынбекову К.С., Полиенко Е.Н. (заместители директора), Пашкевич З.П., Сармаеву Е.Т., Польшванному А.Ю., Айтжановой А.Т., Бисеналиевой К.М., Мекешовой З.М., Изекешевой А.У. (заведующие отделениями №1, 2, 4, 5, 6, 7, дневным стационаром), Мырзандаевой Б.А. (социальный работник), заведующим юридических консультаций в г. Астана – Халюткину В.В., Идрисову Е.Ш., Досановой Р.Б.; администрации и сотрудникам ГУ «КОПБ»: Юнусову М.Р. (заместитель главного врача), заведующим отделениями № 1-8, Далаковой Л.Х. (медсестра приемного покоя), Махмутову Р.И. (председатель коллегии адвокатов Костанайской области); администрации и сотрудникам КГКП «ВК ОНПД»: Жаканбаеву А.Т., Камиеву Т.Т., Галицкой А.С., Акентьевой Т.А., Черепановой Н.А. (заведующие отделениями №1, 2, 4, 5, диспансерным отделением), Полковниковой С.С. (директор лечебно-трудовой мастерской); ГУ «Управление здравоохранения Павлодарской области», всем сотрудникам психиатрических учреждений, без поддержки и участия которых это исследование не могло бы быть проведено, а доклад не мог бы быть составлен.

Проведение мониторинга оказалось более трудоемким, чем предполагали его инициаторы, поэтому авторы выражают особую благодарность Нуржану Наурызбаеву, Мире Куликпаевой, Куанышу Акпаленову, Татьяне Шнейдер, Асем Жапаловой, волонтерам филиала КМБПЧ и СЗ в г. Астана – Ольге Масловой, Салику Оразбаеву, Толибджону Курбонову, Арману Мухамедья, Азату Кемелханову, Ирине Хан, Евгению Цай, без помощи которых осуществление столь обширных исследований не представилось бы возможным. Кроме того, в рамках мониторинга в г. Астана была образована инициативная группа из числа пациентов МЦППЗ, их родственников, представителей общественных организаций и врачей которые активно начали работу по защите и продвижению прав лиц с психо-неврологическими расстройствами.

*Анара Ибраева, директор филиала ОО КМБПЧ и СЗ в г. Астана, к.ю.н.*

# 1. Общие положения

## 1.1. Анализ законодательства

### 1.1.1. Законодательство о правах лиц с психическими расстройствами

Ст.4 Основного закона страны определяет: «Конституция Республики Казахстан имеет высшую юридическую силу и прямое действие на всей территории Республики» и устанавливает приоритет международных договоров, ратифицированных Республикой перед ее законами.

Предметом мониторинга явились условия содержания и соблюдение следующих основных прав пациентов в 4-х психиатрических учреждениях гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск и Павлодар на: уважение человеческого достоинства, запрет пыток и другого плохого обращения, равенство и запрет дискриминации, справедливое судебное разбирательство, доступ к квалифицированной юридической помощи, свободу и личную неприкосновенность, запрет рабства и принудительного труда, уважение частной и семейной жизни, неприкосновенность переписки, получение информации, свободу труда, охрану здоровья, социальное обеспечение и другие.

Конституция РК в главе 2 гарантирует каждому человеку указанные выше права в ст.ст.17, 14, 16, 24, 29 и др. Перечень прав и свобод, принадлежащих каждому человеку закреплен во Всеобщей декларации прав человека (далее - ВДПЧ), Международном пакте о гражданских и политических правах (далее – МПГПП, ст.ст.7, 26, 14, 9) и Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (далее МПЭСКП, ст.ст.6, 7, 9, 11, 12). Наряду с двумя пактами частью действующего права Республики Казахстан являются такие международные договоры, определяющие интересующие нас права и свободы человека, как: Конвенция против пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания, Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенция о правах ребенка и др. К сожалению, Конвенция о правах инвалидов от 13.12.2006 г. Республикой Казахстан не ратифицирована.

Кроме того на лиц, страдающих психическими расстройствами, распространяется ряд специализированных документов ООН: Декларация о правах умственно отсталых лиц (20.12.1971 г.), Декларация о правах инвалидов (1975 г.), Резолюция 41/114 ГА ООН «Последствия научно-технического прогресса для прав человека» (04.12.1986 г.), Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (1988 г.), Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (1988 г.), **Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи** (17.12.1991 г.), Всемирная программа действий в отношении инвалидов (3.12.1982 г.), Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (20.12.1993 г.),

Несмотря на рекомендательный характер, международные документы устанавливают минимальные стандарты в отношении психически больных, инвалидов, умственно отсталых и имеют значение при разработке внутригосударственного законодательства о психиатрической помощи, правах пациентов, по вопросам признания больного недееспособным; при определении соответствия законодательных актов и практики их применения международным стандартам.

Ряд документов рекомендательного характера о защите прав лиц с психическими расстройствами принят:

а) Советом Европы: Рекомендации 818 (1977) о ситуации с психическими заболеваниями, 8.10.1977 г.; Рекомендации по правовой защите недобровольно госпитализированных лиц с психическими расстройствами (R(83) 2), 22.02.1983 г.; Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, 1994 г.; Рекомендации по защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами (R(2004) 10);

б) Всемирной организацией здравоохранения: Европейская декларация по охране психического здоровья (январь 2005 г.); Европейский план действий по охране психического здоровья, одобрен в рамках Европейской декларации по охране психического здоровья; Инструкция по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами, которая может быть использована при оценке степени защищенности прав данной категории лиц, а также состояния психиатрической службы в конкретной стране; Основы концепции прав пациента в Европе (1994 г.);

в) Всемирной медицинской ассоциацией: Женевская декларация (Профессиональная клятва врача) 1948 г. с дополнениями в 1968, 1983 и 1994 г.; Международный кодекс медицинской этики 1949 г. с дополнениями в 1968 и 1983 гг.; «Афинская клятва»; Лиссабонская Декларация о правах пациента (1981 г.);

г) Содружеством независимых государств: Устав СНГ от 22.01.1993 г.; Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств от 29.10.1994 г.; Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека от 26.05.1995 г. не ратифицирована Казахстаном; Конвенция СНГ о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лече-

ния от 28.03.1997 г.; Конвенция СНГ о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам от 22.01.1993 г., именуемая часто Минской конвенцией. Нужно упомянуть и Кишиневскую Конвенцию, которая заменила собой Минскую для большинства стран СНГ.

В вопросах защиты прав лиц с психическими расстройствами следует использовать возможности независимых национальных учреждений и объединений граждан, осуществляющих защиту прав человека и основных свобод. Обеспечение и поддержка их создания и развития является обязанностью государства. Это правило закреплено в Декларации о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1998 г.

Важно понимать, что согласно стандартам ООН и Совета Европы, **содержание лиц в психиатрическом учреждении относится к случаям лишения свободы.**<sup>3</sup> Как известно, международные документы о правах человека содержат специальные средства правовой защиты, когда человек находится в условиях, ограничивающих его личную свободу. Причиной этого является то, что лишение свободы неизбежно связано с вопросами соблюдения прав человека и указывает на важность данного аспекта в контексте обеспечения уважительного отношения к заключенным.

Примеряя это положение к Республике Казахстан, следует заметить, что не каждый желающий может посетить психиатрическое учреждение. Этим правом обладает только описанный в законе круг лиц. Свободный выход пациентов из стен психиатрической больницы так же не предусмотрен за исключением отделений неврозов. Все имеющиеся двери отделений стационара запираются на ключи, которые имеются только у медперсонала. В клиниках такого типа установлен определенный режим: на окнах – решетки, а у дверей – пост охраны. По этой причине психиатрические учреждения относятся к учреждениям так называемого закрытого типа, и содержание в психиатрической больнице человека относят к случаям лишения свободы оправданно.

Следующим после Конституции видом нормативного правового акта в иерархии законодательства Республики Казахстан определен Кодекс.

Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 г. №193-4 «О здоровье народа и системе здравоохранения» опубликован в газете «Казахстанская правда» от 29.09.2009 г., введен в действие с 10.10.2009 г. Согласно п. 2 ст. 186 Кодекса, признаны утратившими силу: 2) Закон РК от 16.04.1997 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; 7) Закон РК от 4.06.2003 г. «О системе здравоохранения»; 8) Закон РК от 13.01.2004 г. «О лекарственных средствах»; 9) Закон РК от 16.06.2004 г. «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления»; 11) Закон РК от 7.07.2006 г. «Об охране здоровья граждан» и др.

Кроме того, в целях реализации Указа Президента РК от 18.06.2009 г. № 827 «О системе государственного планирования в Республике Казахстан», Послания Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 28.01.2010 г. «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана», Министерством здравоохранения РК разработан проект Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 гг.

В данном Проекте предусмотрено внедрение с 1.01.2010 г. Единой национальной системы здравоохранения, в рамках которой централизовано финансирование стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи. В дальнейшем планируется централизация финансирования первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической помощи, а также стационарной медицинской помощи при инфекционных, психических заболеваниях и туберкулезе.

Отмечается необходимость совершенствования:

- подходов к профилактике заболеваний, развитие скрининговых исследований и стимулирование ЗОЖ, предполагающих внедрение международных стандартов и эффективных подходов к диспансерному наблюдению за пациентами с различными хроническими заболеваниями, разработку и внедрение протоколов и стандартов ведения диспансерного наблюдения; совершенствование методик диспансерного наблюдения за хроническими больными, патронажа (по основным заболеваниям, в том числе психиатрические болезни...);

- диагностики, лечения и реабилитации основных (социально-значимых) заболеваний; планируется разработка и внедрение комплексных программ диагностики и лечения основных (социально-значимых) заболеваний, внедрение международных стандартов, протоколов и методик диагностики и лечения основных социально-значимых заболеваний, в том числе ..., психиатрические расстройства...

<sup>3</sup> Замечание общего порядка Комитета ООН по правам человека №8 к ст.9 МПГПП гласит: «п.1 ст.9 Пакта применяется ко всем случаям лишения свободы, в случаях ... психического заболевания, бродяжничества, наркомании, воспитательных целей, иммиграционного контроля и т.д. ... важная гарантия, предусмотренная в п. 4, т.е. право на определение судом законности задержания, применяется в отношении всех лиц, лишённых свободы». Кроме того, п.п. «е» п.1 ст.5 Европейской Конвенции (о праве на свободу и личную неприкосновенность) «законное задержание душевнобольных» относит к лишению свободы.

- реабилитации основных (социально-значимых) заболеваний через внедрение международных стандартов и методик реабилитации пациентов с социально-значимыми заболеваниями (медицинская, социальная, психологическая реабилитация).

Если говорить о законодательном уровне закрепления прав и свобод лиц с психическими расстройствами, то к нему относятся буквально все законы, так или иначе регулирующие сферу правоотношения в области охраны здоровья граждан и не граждан (иностранцев, лиц без гражданства, лиц, ищущих убежище, беженцев).

### 1.1.2. Права лиц с психическими расстройствами

Исходя из структуры действующего права, выделяется трехуровневая система защиты прав человека:

1) международный, отраженный во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте о гражданских и политических правах и Международном пакте о социальных, экономических и культурных правах. Как известно, классификация прав человека включает три группы, поколения: а) гражданские и политические, б) социальные, экономические и культурные, в) коллективные или солидарные прав.

К этому уровню относятся и права, определенные в международных документах рекомендательного характера, в том числе в Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (далее - Принципы);

2) конституционный, гарантированный Основным законом страны;

3) внутреннего законодательства, основывающегося на требованиях национального законодательства Республики Казахстан.

Правовой статус лица (пациента) при оказании психиатрической помощи определяется, во-первых, общим правовым статусом – человека.

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами человека. Это положение закреплено как в международных документах о правах человека, так и в п.2 ст.12 Конституции Казахстана.

В п.5 Принципа 1 указывается: **«Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах, таких как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то было форме».**<sup>4</sup>

Далее статус лица при оказании психиатрической помощи определяется Конституцией, поскольку именно на этом уровне происходит деление на граждан и не граждан.

Выделяя второй, конституционный уровень прав человека, следует говорить о его приоритетности перед установленным в законодательстве следующего уровня ввиду того, что Конституция является Основным законом Республики Казахстан, имеющим высшую юридическую силу, обладает непосредственным действием, и ей должно соответствовать все нижестоящее по иерархии национальное законодательство.

Здесь важно употребление в Конституции РК слова «каждый», что относится к каждому человеку, независимо от его возраста, социального или иного происхождения или положения, расы, пола, языка, религии и др.

Поскольку мониторингу подлежали правоотношения человека с психиатрическим учреждением, то первое право, о котором следует говорить - право на охрану здоровья, которое определено в п.1 ст.29 Конституции РК. Кроме того, право на охрану здоровья определено в документах концептуального и программного характера: в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг., Стратегическом плане Министерства здравоохранения РК на 2009-2011 гг.

При этом бесплатным является только гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом, что утверждено в п.2 этой же статьи. Немаловажным представляется тот факт, что право на охрану здоровья в полном объеме относится только к гражданам Республики Казахстан, а не к иностранцам и лицам без гражданства. Этот вопрос разрешен в п.5 ст.88 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», согласно которому гарантируется **иностранным и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан, право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, в соответствии с**

<sup>4</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

**перечнем, определяемым Правительством РК**, если иное не предусмотрено международными договорами, ратифицированными РК. Психические заболевания согласно Перечню, утвержденному Постановлением Правительства РК от 30.03.2000 г. №468, отнесены к числу заболеваний а) социально значимых, б) представляющих опасность для окружающих. Соответственно, **все лица, страдающие психическими расстройствами, в том числе не граждане, должны получать гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.**

Наряду с правом на охрану здоровья, следует упомянуть о норме, закрепленной в п.7 ст.182 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», устанавливающей правило о **запрете вмешательства в профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников со стороны государственных органов и должностных лиц, а также граждан.**

Переходя к третьему уровню, следует рассмотреть: чем отличается ранее и ныне действовавший Закон от Кодекса.

Закон определял права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении (единым, универсальным набором прав и обязанностей, присущим всем гражданам); права пациента в определенной сфере медицинской деятельности – психиатрической помощи, где в интересах здоровья или безопасности самого пациента и других лиц часть этих прав могла быть ограничена заведующим отделением или главным врачом. Другими словами *ранее действовавший Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»* различал две категории лиц и соответственно их права: 1) лиц, страдающих психическими расстройствами (ст.5), 2) пациентов, находящихся в психиатрических стационарах на лечении или обследовании (ст.34), а также лиц, проживающих в психоневрологических организациях, школах специального обучения, и определял обязанности администрации этих организаций (ст.40).

Объем их прав и обязанностей при оказании психиатрической помощи (отдельных групп населения, категорий граждан несовершеннолетних; лиц пожилого возраста; инвалидов; граждан, подлежащих призыву на военную службу; осужденных, отбывающих наказание и др.) имел свои особенности, вытекающие из норм ряда иных законов.

Действующий в настоящее время **Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»**, применительно к пациенту психиатрического учреждения выделяет 4 основные категории прав: права граждан, права детей, права пациентов, права лиц, страдающих психическими расстройствами.

Так при определении прав граждан Республики Казахстан, выделяются права женщин, лиц с расстройством половой идентификации; лиц, ограниченных в свободе и лишенных свободы; иностранцев и лиц без гражданства (в ст.88).

К этим права относятся права на:

- хирургическую стерилизацию;
- искусственное прерывание беременности;
- защиту своих репродуктивных прав;
- свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
- хранение половых клеток.<sup>5</sup>

Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания.

Что касается прав детей, выделяются права каждого ребенка, при стационарном лечении детей, права детей школьного возраста, детей с ограниченными возможностями, а также ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (в ст.89).

Граждане Республики Казахстан и оралманы имеют право на добровольное анонимное и (или) конфиденциальное медицинское обследование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе.<sup>6</sup>

Права пациентов, включая право на отказ от медицинской помощи, закреплены в ст.ст.91, 92, а права лиц, страдающих психическими расстройствами, включая тех, в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера в ст.ст.119-120.

Система здравоохранения, куда входят психиатрические учреждения, определена в п.п.37 п.1 ст.1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) как совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья.

В ст.4 Кодекса указаны 17 принципов, в соответствии с которыми проводится государственная политика в области здравоохранения. Представляется необходимым назвать отдельные из них:

<sup>5</sup> Подпункты 7-11 пункта 1 статьи 96 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>6</sup> Статья 115 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

- 1) обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи...;
- 4) обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи...;
- 6) доступность медицинской помощи...;
- 14) участие общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья;
- 15) социальная ориентированность здравоохранения, направленная на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни...;
- 17) отнесение здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности.

На указанных принципах равенства, доступности должна основываться государственная политика в области здравоохранения. Однако, как показали результаты мониторинга, **психиатрические учреждения финансируются по остаточному принципу, что не может не влиять на условия пребывания в них пациентов, соблюдение других прав и свобод.**

Права и свободы человека принадлежат каждому от рождения, признаются абсолютными и неотчуждаемыми, определяют содержание законов.<sup>7</sup> Таким образом, каждый человек, будь он гражданином Республики Казахстан, либо иностранцем или лицом без гражданства, здоровым или страдающим каким-либо заболеванием, являющимся инвалидом или нет, ребенком или пожилым, женщиной или мужчиной, свободным или лишенным свободы человеком – имеет права и свободы. Невзирая на какие-либо признаки (происхождение, социальное, должностное и имущественное происхождение, пол, расу, национальность, язык, отношение к религии, убеждения, место жительства или любые иные обстоятельства), все равны перед законом и судом.<sup>8</sup> Право на равенство отражено в гарантиях обеспечения прав в области здравоохранения и сформулировано в виде равного доступа к медицинской помощи.<sup>9</sup>

Анализ выявленных в ходе мониторинга проблем показывает одной из главных причин нарушений прав лиц, страдающих психическими расстройствами – дискриминацию. Одним из положений Принципа I Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (17.12.1991 г.) является недопущение какой-либо дискриминации на основании психического заболевания. Дискриминация согласно этому международному документу означает *«любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами»*. Специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц, не считаются дискриминационными. Дискриминация не включает в себя любое отличие, исключение или предпочтение, осуществляемое в соответствии с Принципами и необходимое для защиты прав человека психически больного лица или других лиц.

Дискриминация проявляется, начиная с условий содержания и заканчивая отношением государства, общества к лицам, страдающим психическими расстройствами.

Помимо прочего, дискриминация по существу определена и на уровне Кодекса. Так, например, при проведении клинических исследований влияния медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств на больных психическими расстройствами в отличие от 4-х других категорий граждан, названных в п. 9 ст. 180 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». В указанной норме содержится запрет на «проведение клинических исследований медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств на: 1) несовершеннолетних, не имеющих законных представителей; 2) беременных женщинах, за исключением случаев, если проводятся клинические исследования медицинских технологий и лекарственных средств, предназначенных для беременных женщин, когда необходимая информация может быть получена только при клинических исследованиях на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда беременной женщине и плоду; 3) военнослужащих; 4) лицах, отбывающих наказание в местах лишения свободы, и лицах, содержащихся в изоляторах временного содержания и в следственных изоляторах; 5) лицах, признанных судом недееспособными, *за исключением клинических исследований медицинских технологий и лекарственных средств, предназначенных для лечения психических расстройств (заболеваний), на больных психическими расстройствами (заболеваниями)*».

В документах Всемирной организации здравоохранения пациент определяется как «здоровый или больной потребитель медицинских услуг». Поэтому здоровый или больной – он является быть потребителем медицинских услуг, и на них обоих распространяются нормы о правах пациентов, включая право на отказ от медицинской помощи (в ст.ст.91, 92 Кодекса).

Было бы ясно, если бы в Кодексе было определено отличие от клинических исследований (проводимых только на человеке - пациенте или добровольце с его письменного информированного согласия, а на несовершеннолетнем – только: а) с письменного информированного согласия его

<sup>7</sup> Пункт 2 статьи 12 Конституции Республики Казахстан от 30.08.1995 г.

<sup>8</sup> Статья 14 Конституции РК.

<sup>9</sup> Пункт 3 статьи 87 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

законных представителей, б) после получения положительных результатов на животных, в) оформления документов о страховании жизни и здоровья участвующих в исследованиях пациентов и добровольцев, а также с этической оценкой материалов исследований), **предназначенных для лечения от непредназначенных**, орган, компетентный по установлению предназначения клинических исследований и порядок установления такого предназначения.

П.п.12 и 13 ст.180 Кодекса установлено, что разрешение на проведение клинических исследований и применение новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации выдает уполномоченный орган, как и стандарт проведения клинических исследований (п.10 ст.180 Кодекса).

Условием для выдачи таких разрешений является соответствие **уже проведенных** (?) клинических исследований требованиям стандартов, основанных на доказательной медицине и утверждаемых уполномоченным органом и государственными органами в пределах их компетенции.

Порядок проведения исследований и экспериментов устанавливается уполномоченным органом, что определено в п.11 ст.180 Кодекса.

В данном случае остаются обоснованные сомнения в равном отношении к психически больным (к примеру, в отличие от беременных женщин, определенных в п.2 с уточнением «когда необходимая информация может быть получена только при клинических исследованиях на беременных женщинах и когда полностью исключен риск нанесения вреда беременной женщине и плоду»).

Данное обстоятельство противоречит наряду с п.1 ст.2 (равенство) Международного пакта о гражданских и политических правах, ратифицированного Республикой Казахстан 28.11.2005 г. (вступил в силу 24.04.2006 г.), также и ст.7 (о запрете подвергать медицинским и научным опытам людей без их согласия).

П.15 Принципа 11<sup>10</sup> запрещает проведение клинических опытов и применение экспериментальных методов лечения в отношении любого пациента без его осознанного согласия. Исключения составляют случаи, когда пациент не в состоянии дать осознанное согласие, но в таком случае должно быть разрешение компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели. В п.11 ст.180 Кодекса речь идет об уполномоченном органе, который может по существу, не являться созданным специально с целью выдачи разрешений на проведение клинических опытов и применение экспериментальных методов лечения, надзорным и независимым одновременно.

Наряду с названными выше правами на охрану здоровья и предоставление гарантированно-го объема бесплатной медицинской помощи, равенство, государство гарантирует гражданам: равный доступ к медицинской помощи, качество медицинской помощи, доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств, проведение мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и здорового питания, неприкосновенность частной жизни, сохранение сведений, составляющих врачебную тайну, свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав, санитарно-эпидемиологическое, экологическое благополучие и радиационную безопасность.<sup>11</sup> Однако, согласно результатам мониторинга, **имеют место нарушения прав пациентов на доступность (отсутствует выбор лекарств, как и специализированные аптеки), качество, эффективность и безопасность (многие пациенты, как стационаров, так и диспансеров, отмечали побочные эффекты от принимаемых лекарств).**<sup>12</sup>

Весьма интересным представляется обстоятельство, при котором лица, больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, имеют **право на получение информации о своих правах**, а страдающие психическими расстройствами – его лишены новым Кодексом (по крайней мере, это право имеют все пациенты, но оно не прописывается как таковое в статье о правах лиц, страдающих психическими расстройствами), в то время как п.2 ст.5 ранее действовавшего Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» его закрепляла.

Ранее действующий Закон также устанавливал и другие права, которых нет в Кодексе: «встречаться со священнослужителем наедине, исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны», «обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросу соблюдения прав» и др.

Психиатрическая помощь включает профилактику психических расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья граждан, диагностику психических нарушений, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>11</sup> Статья 87 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>12</sup> Согласно сведениям ВК ОПНД, нет лекарственных препаратов без побочных эффектов; вопрос в профиле эффективности/ безопасности.

<sup>13</sup> Часть 1 статьи 116 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов.<sup>14</sup> Причем защиту прав таких граждан осуществляют только: адвокат или законный представитель (в отношении несовершеннолетних или лиц, признанных судом недееспособными).

Психически больные могут заболеть туберкулезом. В таком случае согласно п.1 ст.105 Кодекса они подлежат обязательному медицинскому наблюдению и лечению, обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Признание гражданина больным заразной формой туберкулеза (что гражданин вправе обжаловать в вышестоящем органе и (или) в суд), который подлежит обязательной госпитализации, лечению и реабилитации, осуществляется на основании заключения организации здравоохранения с учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований.<sup>15</sup> За таким больным, направленным на принудительное лечение, сохраняется место работы, а время пребывания на принудительном лечении засчитывается в общий трудовой стаж, как и сохраняется жилище, если лицо проживало в жилище из государственного жилищного фонда.<sup>16</sup>

Психически больные, находящиеся на принудительном лечении в учреждении вправе пользоваться деньгами, полученными от физических и юридических лиц, в том числе пенсионными выплатами и государственными социальными пособиями, зачисленными на контрольный счет наличности государственного психиатрического учреждения специализированного типа с интенсивным наблюдением.<sup>17</sup>

Вместе с тем, **психически больные лица в отличие от здоровых, имеют дополнительные права и льготы**: право на конфиденциальность (которое, по существу, в связи с введением Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» предоставлено теперь каждому гражданину), льготы при установлении инвалидности, получении жилья, по оплате коммунальных услуг (ранее такие льготы были, а в настоящее время пациенты утверждают, что они лишены таких льгот), социальное обслуживание, выплаты и страхование.

Кроме того, лицо, находившееся во время совершения общественно опасного деяния в состоянии невменяемости (то есть, когда оно не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики) согласно ст.16 УК РК, **не подлежит уголовной ответственности**. Также **психически больные освобождаются от уголовной ответственности** на основании ст.73 Уголовного кодекса Республики Казахстан: *«1. Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается судом от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается судом от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.*

*2. Лицо, страдающее иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания или это наказание может быть заменено более мягким видом наказания. При этом учитываются тяжесть совершенного преступления, личность осужденного, характер заболевания и другие обстоятельства.*

*3. Лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные статьями 69 и 75 настоящего Кодекса.*

*4. Военнослужащие, осужденные к аресту либо содержанию в дисциплинарной воинской части, освобождаются от наказания или его дальнейшего отбывания в случае заболевания, делающего их негодными к воинской службе. Неотбытая часть наказания также может быть заменена им более мягким видом наказания».*

Однако Уголовный кодекс РК содержит требование **об уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости**. Так, в ст.17 УК РК определено:

*«1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.*

*2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания как смягчающее обстоятельство и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, предусмотренных настоящим Кодексом».*

<sup>14</sup> Часть 1 статьи 118 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>15</sup> Статья 106 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>16</sup> Статья 108 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>17</sup> Часть 4 статьи 121 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Также ч.3 ст.15 УК РК предусматривает возможность **не привлечения к уголовной ответственности несовершеннолетнего, достигшего возраста, с которого наступает ответственность в случае, если это лицо отстает в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством.** Так, ст.15 УК РК гласит: «1. Уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста.

2. Лица, достигшие ко времени совершения преступления четырнадцатилетнего возраста, подлежат уголовной ответственности за убийство (ст.96), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст.103), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью при отягчающих обстоятельствах (ст.104, ч.2), изнасилование (ст.120), насильственные действия сексуального характера (ст.121), похищение человека (ст.125), кражу (ст.175), грабеж (ст.178), разбой (ст.179), вымогательство (ст.181), неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения при отягчающих обстоятельствах (ст.185, ч.ч.2, 3, 4), умышленное уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах (ст.187, ч.ч.2, 3), терроризм (ст.233), захват заложника (ст.234), заведомо ложное сообщение об акте терроризма (ст.242), хищение либо вымогательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств (ст.255), хулиганство при отягчающих обстоятельствах (ст.257, ч.ч.2, 3), вандализм (ст.258), хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (ст.260), надругательство над телами умерших и местами их захоронения при отягчающих обстоятельствах (ст.275, ч.2), умышленное приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения (ст.299).

3. Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения преступления небольшой или средней тяжести не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности».

**Помимо прочего, вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, возмещается** его опекуном или организацией, обязанной осуществлять за ним надзор, если они не докажут, что вред возник не по их вине. Обязанность опекуна или организации по возмещению вреда, причиненного гражданином, признанным недееспособным, не прекращается и в случае восстановления его дееспособности (ст.928 ГК РК, Особенная часть). Если вред причинен лицом, которое не могло понимать значения своих действий или руководить ими вследствие душевной болезни или слабоумия, обязанность возместить вред может быть возложена судом на проживающих совместно с этим лицом его трудоспособных супруга, родителей, совершеннолетних детей, которые знали о таком состоянии причинителя вреда, но не ставили вопрос о признании его недееспособным и учреждении над ним опеки (п.3 ст.930 ГК РК, Особенная часть).

### 1.1.3. Ограничения прав

В соответствии со ст.39 Конституции РК ограничения прав и свобод человека должно содержаться **в законах**, а не в иных видах нормативных правовых актов, и они допустимы лишь в той мере, в какой это необходимо в целях защиты конституционного строя, охраны общественного порядка, охраны прав и свобод человека, охраны здоровья и нравственности населения.

На лиц, непризнанных решением суда недееспособными, распространяется правило о том, что только в указанных выше целях допускается установленное законом ограничение.

Поскольку ранее действовавший Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», как и введенный в действие с 10.10.2009 г. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» не содержат конкретного перечня прав, подлежащих ограничению, следует обратиться к п.3 ст.39 Конституции РК, устанавливающей правило, согласно которому не допускается в какой-либо форме ограничение прав и свобод **граждан ни в каких случаях:**

- 1) по политическим мотивам;
- 2) права и свободы, предусмотренные ст.ст.10, 11, 13-15, 17, 19, 22, п.2 ст.26 Конституции. К таковым относятся следующие права:
  - право на гражданство;
  - не выдача гражданина иностранному государству;
  - признание правосубъектности и защита своих прав и свобод всеми не противоречащими закону способами, включая необходимую оборону;
  - право на судебную защиту своих прав и свобод;
  - право на получение квалифицированной юридической помощи;
  - равенство всех перед законом и судом;
  - запрет дискриминации;
  - право на жизнь;

- право на личную свободу;
- право на неприкосновенность достоинства человека, запрет пыток, насилия, другого жестокого или унижающего достоинство обращения и наказания;
- право указывать или не указывать свою национальную, партийную и религиозную принадлежность;
- право на пользование родным языком и культурой, на свободный выбор языка общения, воспитания, обучения и творчества;
- право на свободу совести;
- собственность, в том числе право наследования.

Это означает, что даже при установлении судом опеки над лицом вследствие психического заболевания или слабоумия перечисленные выше права не подлежат ограничению.

Международные стандарты относительно ограничений прав и свобод человека закреплены в трех основных документах. Ограничения прав и свобод человека, закрепленные в законах страны должны соответствовать Сиракузским принципам ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах (1985 г.), Йоханнесбургским принципам (по национальной безопасности, свободе выражения мнения и доступу к информации), Лимбургским принципам осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Смысл Сиракузских принципов сводится к:

1) упоминанию об абсолютных правах (запрет пыток, рабства, свобода совести и вероисповедания, право на свободу от заключения вследствие неспособности выполнить какое-либо договорное обязательство, право на то, чтобы уголовная ответственность определялась положениями только того законодательства, которое действовало и применялось в момент совершения деяния или упущения, за исключением случаев, когда принятое позже законодательство установило более легкое наказание, право на признание правосубъектности человека);

2) закреплению ценностей, ради которых можно ограничить права и свободы за исключением абсолютных прав (общественная, национальная безопасность, здоровье и нравственность населения, права и свободы других лиц, прав и репутация других, ограничение права на публичное рассмотрение дела в суде);

3) перечислению принципов - определенности, допустимости, законности, соразмерности ограничений законным целям, ограничения должны отвечать насущным потребностям государства и общества,

4) возложению на государство обязанности доказать правомерность ограничений.

Таким образом, международными документами о правах и свободах человека запрещено ограничивать при любых обстоятельствах основные из названных выше прав, поскольку они являются абсолютными.

Что касается законодательного (внутреннего) уровня, то «*Ограничение осуществления прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законом Республики Казахстан*». Но такое требование было закреплено в п.1 ст.5 ранее действовавшего Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», а конкретный запрет: «*Не допускается ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании наличия психического заболевания, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрической организации органов здравоохранения или психоневрологической организации органов социальной защиты населения или специального обучения. Лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законом Республики Казахстан*» - в части 3 этой же статьи. Если первое положение из указанного выше перенесено в п.1 ст.120 **ныне действующего Кодекса, а второе - более важное, исключено**, то п.4 ст.133 Кодекса в отношении больных наркоманией гласит: «*Не допускается ограничение прав и свобод лиц, больных наркоманией, только на основании наличия диагноза наркомании, факта нахождения под динамическим наблюдением в наркологической организации, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан*».

Соответственно налицо **неодинаковое (не равное) отношение к лицам, страдающим психическим расстройством, в сравнении с больными наркоманией**. Иными словами законодательно существует возможность дискриминации психически больных в сравнении с больными наркоманией.

Психиатрическая помощь оказывается при:

- добровольном обращении лица с его письменного согласия,
- несовершеннолетнему, а также лицу, признанному судом недееспособным, психиатрическая помощь оказывается с согласия их законных представителей,<sup>18</sup>
- недобровольной госпитализации.

<sup>18</sup> Статья 116 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Ранее действовавший Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определял (в настоящее время эта норма упрозднена): гражданин Республики Казахстан или лицо без гражданства признается недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия судом с установлением над ним опеки. Установление опеки влечет ограничение на период болезни его прав и свобод в соответствии с законом Республики Казахстан (п.4 ст.5 Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). В ныне действующем Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» это требование отсутствует.

По существу, фактически, так или иначе, даже при отсутствии указанной выше нормы в нынешнем Кодексе, последствием установления судом опеки над недееспособным лицом вследствие психического заболевания или слабоумия является ограничение его прав и свобод.

Лишь недееспособные граждане, согласно Основному закону страны, лишены права избирать и быть избранными, участвовать в республиканском референдуме.<sup>19</sup> Гражданин признается недееспособным по вступившему в законную силу решению суда. Основаниями для признания таковым согласно ст.26 ГК РК (Общая часть) являются случаи, когда гражданин, вследствие психического заболевания или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими. В связи с этим, судом лицо может быть признано недееспособным, и установлена опека над ним (п.1 ст.26 ГК РК). От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун (п.2 ст.26 ГК РК).

В случае выздоровления или значительного улучшения здоровья недееспособного суд признает его дееспособным, после чего с него снимается опека (п.3 ст.26 ГК РК).

В соответствии со ст.302 ГПК РК, дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического заболевания или психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики может быть возбуждено в суде по заявлению членов семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер), независимо от совместного с ним проживания, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического (психоневрологического) лечебного учреждения (п.2 ст.302 ГПК РК).

Дело о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным возбуждается в целях защиты как интересов ограниченно дееспособного, недееспособного путем установления (назначения) опеки (п.3 ст.302 ГПК РК).

Заявление о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным подается в суд по месту жительства данного гражданина, а если лицо помещено в психиатрическое (психоневрологическое) лечебное учреждение, то по месту нахождения этого учреждения (п.4 ст.302 ГПК РК).

Вопрос о признании гражданина недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия **зависит от диагноза психического расстройства**, который вправе поставить только врач-психиатр в соответствии с клиническими проявлениями, лабораторными данными, объективными сведениями. **Важно иметь в виду, что диагноз не может основываться на несогласии граждан с принятыми в обществе:** моральными, культурными, политическими и религиозными ценностями, либо обосновываться иными причинами, непосредственно не связанными с состоянием его психического здоровья.<sup>20</sup>

Кроме указанного ограничения права недееспособных лиц, Конституция не называет иных. Следует также иметь в виду, что не все лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), являются недееспособными.

Между тем, в ст.117 Кодекса определены *ограничения занятия отдельными видами профессиональной деятельности*. Так, гражданин может быть временно, с правом последующего переосвидетельствования, признан непригодным вследствие психического расстройства (заболевания) к занятию отдельными видами профессиональной деятельности, а также работы, связанной с источником повышенной опасности. Признание непригодности осуществляется по решению врачебной комиссии, создаваемой в специализированной психиатрической медицинской организации, имеющей лицензию и (или) свидетельство об аккредитации на осуществление соответствующей экспертизы. В случае несогласия гражданина с решением данной комиссии оно может быть обжаловано в суд.

Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности, утверждается Правительством РК и пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений не реже 1 раза в 5 лет.

Наряду с этим, п.3 ст.88 Кодекса ограничивает **право** лиц с психическими расстройствами (заболеваниями) и с расстройствами половой идентификации, **на смену пола**.

<sup>19</sup> Часть 3 статьи 33 Конституции РК.

<sup>20</sup> Часть 2 статьи 119 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Ограничения прав психически больных лиц, больных заразной формой туберкулеза, находящихся на принудительном лечении, могут быть связаны только с необходимостью соблюдения режима пребывания в специализированной противотуберкулезной организации.<sup>21</sup>

Ограничение прав лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, **на получение медицинской помощи, свободу и личную неприкосновенность** допускается по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера.<sup>22</sup> Эти меры осуществляются только в психиатрических организациях системы здравоохранения в виде:

- 1) амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра;
- 2) принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа;
- 3) принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- 4) принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В последних трех случаях лица признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре.

Представляется, что следует рассматривать в качестве ограничения отсутствие **права больного на выбор лечения и препаратов, согласие с ним или отказ от такового**. В то время как больным хирургическое вмешательство, переливание крови, ее компонентов и применение инвазивных методов диагностики применяются только с письменного согласия, больным, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), признанным судом недееспособными, и несовершеннолетним хирургическое вмешательство, переливание крови и ее компонентов, инвазивные методы диагностики проводятся **с письменного согласия их законных представителей**. Согласие может быть отозвано, за исключением тех случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к хирургическому вмешательству и его прекращение невозможно в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента. В случаях, когда промедление выполнения хирургического вмешательства, переливания крови и ее компонентов, инвазивных методов диагностики угрожает жизни больного, а получить согласие больного или его законных представителей не представляется возможным, решение принимает врач или консилиум с последующим информированием больного или его законных представителей о принятых мерах.<sup>23</sup>

Об ограничительном характере прав пациента психиатрического стационара, в частности, **права на защиту своих прав**, свидетельствует требование ст.128 Кодекса РК «О здоровье народа», регламентирующее правила о выписке. Так, выписка из психиатрического стационара производится в 4-х случаях/ по следующим основаниям:

1) выздоровления пациента или улучшения его психического состояния, *когда не требуется дальнейшего стационарного лечения*, а также по завершении обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар;

2) личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача в отношении пациента, *добровольно находящегося в психиатрическом стационаре*;

3) по заключению комиссии врачей-психиатров в отношении пациента, *госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке*;

4) только по определению суда в отношении пациента, к которому по определению суда применены **принудительные меры медицинского характера**.

*«Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрической организации будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 94 настоящего Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в психиатрическом стационаре, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются по заключению комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном пунктами 8-10 статьи 125».*<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Часть 1 статьи 108 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>22</sup> Часть 1 статьи 121 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>23</sup> Статья 139 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>24</sup> Статья 125 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»:

«8. Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

9. Лицо, госпитализированное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев подлежит не реже одного раза в месяц освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации. Продление госпитализации свыше шести месяцев производится по решению суда на основании обращения комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

10. Внеочередное освидетельствование лица, госпитализированного в недобровольном порядке, может быть проведено по желанию самого пациента или его законного представителя, адвоката.

Лицо, госпитализированное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным пунктом 1 статьи 94 настоящего Кодекса, подлежит обязательному освидетельствованию в течение сорока восьми часов с мо-

Подобная норма позволяет в случае «надобности» удерживать лицо в стационаре, оставляя его в **условиях ограничения права на свободу и личную неприкосновенность** без реальной возможности **обжалования отказа в выписке**.

П.2 ст.127 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» определяет правила применения мер физического стеснения и изоляции при **недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре**, устанавливая такую возможность «*только для тех случаев, форм и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющего непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации с уведомлением его законного представителя*». При этом сотрудники правоохранительных органов обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольного освидетельствования, недобровольной госпитализации, обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу с целью его осмотра, а также в случаях, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализированного лица (лица, подлежащего госпитализации).

От злоупотреблений властью или превышения полномочий медицинским персоналом и сотрудниками правоохранительных органов подвергнутое применению мер физического стеснения и изоляции лицо не обеспечено конкретными гарантиями соблюдения его прав, в частности, **права на уважение человеческого достоинства, защиту от пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания**.

В отношении последних двух прав следует отметить, что нормы просто «перекочевали» из ранее действовавшего Закона, в новый Кодекс.

**В отличие от здорового человека, законодательные ограничения прав психически больных имеют место:**

- в сфере семейных отношений, при заключении (п.4 ст.11 Закона РК «О браке и семье»: не допускается заключение брака между лицами, из которых хотя бы одно лицо признано судом недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия) и расторжении брака (п.п.1 п.2 ст.16 Закона РК «О браке и семье»: независимо от наличия у супругов общих несовершеннолетних детей брак расторгается в органах записи актов гражданского состояния по заявлению одного из супругов, если другой супруг признан судом недееспособным);

- при осуществлении родительских прав: суд может с учетом интересов ребенка принять решение об ограничении родительских прав путем отобрания ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство) – п.п.1-2 ст.71 Закона РК «О браке и семье». В данном случае последствием ограничения родительских прав является утрата права на личное воспитание ребенка, льготы и государственные пособия для граждан, имеющих детей (п.п.1 ст.72 указанного Закона РК). Возврат ребенка осуществляется по решению суда по иску одного из родителей в случае, если отпали основания для ограничения родительских прав;

- в случаях усыновления и удочерения (ст.80 Закона РК «О браке и семье», Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), патронат, утвержденный Постановлением Правительства РК от 24.06.1999 г. №842),

- в области имущественного права (запрещение дарения за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает размеров десяти месячных расчетных показателей, установленных законодательными актами от имени граждан, признанных недееспособными) (п.1 ст.509 ГК РК, Особенная часть),

- в праве избирать и быть избранным (п.3 ст.33 Конституции РК),

- в сфере трудового права (ст.39 Трудового кодекса РК определяет недействительность трудового договора, заключенного с лицом, признанным недееспособным; ст.58 Трудового кодекса РК в качестве обстоятельства прекращения трудового договора, не зависящего от воли сторон, называет признание судом работника недееспособным или ограниченно дееспособным, в результате которого работник не имеет возможности продолжения прежней работы).

Условно, ограничения можно разделить на 1) ограничения прав человека и психически больного, и 2) ограничения обязанностей. К первому типу ограничений относятся ограничения общепризнанных прав и свобод в демократическом правовом государстве, а в отношении ограничений

---

мента госпитализации комиссией врачей-психиатров психиатрической организации, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализируемое лицо не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, оно подлежит немедленной выписке».

прав психически больных - например, ограничения для профессиональной деятельности, иные ограничения, связанные с наличием психического заболевания, например, ограничения для владения оружием. Ко второму типу ограничений - ограничение годности к воинской службе.

**В случае нарушения или незаконного ограничения отдельных прав предусматривается административная ответственность должностных лиц.** Таковая наступает при:

- неправомерном отказе в представлении документов, материалов, непосредственно затрагивающих права и свободы человека, либо предоставлении неполной или заведомо ложной информации, а равно неправомерное отнесение общедоступной информации к информации с ограниченным доступом (ч.1 ст.84 Кодекса об административных правонарушениях РК – штраф от 5 до 10 МРП), а в случае причинения вреда правам и законным интересам человека – ответственность наступает по ч.3 ст.84 КоАП (штраф от 20 до 100 МРП);

- невыполнении или ненадлежащем выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним – если повлекло или могло повлечь причинение легкого вреда здоровью (ч.1 ст.85 КоАП – штраф на физических лиц от 5 до 10 МРП, на должностных лиц – от 10 до 20 МРП); несоблюдении порядка оказания медицинской помощи, если это повлекло или могло повлечь причинение легкого вреда здоровью (ч.2 ст.85 КоАП РК - влечет штраф на физических лиц в размере от 5 до 10, на должностных лиц — в размере от 10 до 20, на юридических лиц - в размере от 20 до 70 МРП); несоблюдении стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения, если это повлекло или могло повлечь причинение легкого вреда здоровью (ч.3 ст.85 КоАП РК - влечет штраф на физических лиц в размере от 5 до 10, на должностных лиц - в размере от 10 до 20, на юридических лиц - в размере от 20 до 70 МРП); то же деяние, совершенное повторно в течение года после наложения административного взыскания, предусмотренное частями первой, второй и третьей настоящей статьи, (ч.4 ст.85 КоАП влечет штраф на физических лиц в размере от 10 до 20 МРП с приостановлением действия лицензии, на должностных лиц - в размере от 20 до 40 МРП с приостановлением действия лицензии, на юридических лиц - в размере от 70 до 100 МРП с приостановлением действия лицензии либо с приостановлением или отзывом сертификата об аккредитации);

- публичном распространении сведений о виновности лица в совершении преступления до рассмотрения дела судом или при наличии оправдательного приговора (ст.86 КоАП РК - влечет штраф на физических лиц в размере от 3 до 10, на должностных лиц, индивидуальных предпринимателей, юридических лиц, являющихся субъектами малого или среднего предпринимательства или некоммерческими организациями, - в размере от 10 до 30, на юридических лиц, являющихся субъектами крупного предпринимательства, - в размере от 50 до 100 МРП);

- нарушении трудового законодательства (ст.87 КоАП РК, штраф на должностных лиц от 20 до 25 МРП), а при повторном нарушении в течение года после наложения административного взыскания – штраф от 25 до 30 МРП), при невыплате или задержке в выплате заработной платы (штраф от 20 до 50 МРП), при повторной невыплате в течение года (штраф от 100 до 200 МРП);

- нарушении законодательства о социальной защите инвалидов (ст.87-1 КоАП РК – штраф от 20 до 40 МРП);

- нарушении законодательства о специальных социальных услугах (ст.87-2 КоАП РК – штраф от 20 до 50 МРП на должностных лиц);

- не исполнении обязанностей, предусмотренных законодательством РК о пенсионном обеспечении, по своевременному осуществлению накопительными пенсионными фондами пенсионных выплат, переводов и изъятий в установленные сроки (ст.88 КоАП РК - штраф 50 МРП);

- невыплате социальных выплат по вине должностных лиц Государственного фонда социального страхования и Центра по выплате пенсий в сроки, установленные законодательством РК об обязательном социальном страховании (ст.88-1 КоАП РК – штраф до 20 МРП);

- нарушении работодателем или должностным лицом трудового законодательства, не повлекшее за собой несчастного случая (нарушение правил обеспечения безопасности и охраны труда) (ч.1 ст.89 КоАП РК – штраф от 50 до 100 МРП), а при повлекшем несчастный случай с причинением легкого вреда здоровью работника или заведомо создало опасность для его жизни и здоровья (ч.3 ст.89 КоАП РК - штраф от 20 до 50 МРП);

- нарушении физическим или юридическим лицом законодательства о занятости населения (ст.94 КоАП РК – штраф от 8 до 10 МРП), а в случае повторного подобного действия или бездействия – штраф от 10 до 20 МРП;

- обращении жалобы во вред лицу, подавшему обоснованную жалобу, или в интересах которого она была подана (ст.96 КоАП РК – штраф от 5 до 10 МРП).

По принципу выделения прав граждан и прав пациентов, Кодекс включает обязанности граждан и обязанности пациентов (в ст.ст.90 и 92, соответственно). Однако ввиду отсутствия цели анализа таковых и ограниченного объема настоящего доклада, они не являлись предметом исследования.

#### 1.1.4. Госпитализация в психиатрический стационар, психоневрологические организации

##### Госпитализация в психиатрический стационар

**а) возможна:** при наличии у лица психического расстройства (заболевания); в отношении несовершеннолетнего с письменного согласия родителей, а лица, признанного судом недееспособным – по просьбе или с письменного согласия законного представителя; по решению органа опеки и попечительства (в случае возражения или отсутствия законного представителя – при освидетельствовании несовершеннолетнего), которое может быть обжаловано в суд; на основании решения врача-психиатра о необходимости проведения обследования или лечения в условиях стационара либо определения суда; с целью судебно-психиатрической экспертизы в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

##### **б) осуществляется следующими способами:**

1) добровольно (по просьбе или с письменного согласия лица), о чем делается запись в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра;

2) Кодексом не проводится различия между добровольной госпитализацией и госпитализацией несовершеннолетнего или лица, признанного судом недееспособным (помещенных в стационар не по своей воле, а по просьбе или с письменного согласия их законных представителей). На последних распространяется правило, относящееся к обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров, но без указания срока, в который оно должно быть проведено;

3) и недобровольно, что продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация, но не более 6 месяцев в отсутствие решения суда.

В течение 48 часов с момента госпитализации должно быть проведено обязательное освидетельствование такого лица комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. *Данное положение согласуется с определенным в пункте 2 Принципа 16 правилом о непродолжительном периоде принудительной госпитализации, «в целях наблюдения и проведения предварительного лечения до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержания пациента в психиатрическом учреждении **надзорным органом**».* В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализируемое лицо не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, оно подлежит немедленной выписке.

По желанию самого пациента или его законного представителя, адвоката возможно внеочередное освидетельствование лица, госпитализированного в недобровольном порядке.

При этом продление госпитализации свыше 6 месяцев производится **по решению суда** на основании обращения комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения. В течение первых 6-ти месяцев лицо подлежит не реже 1 раза в месяц освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации.

В случае возражения или отсутствия законного представителя госпитализация несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

В случае несогласия с недобровольной госпитализацией лицо, страдающее психическими расстройствами (заболеваниями), или его законный представитель вправе обратиться в суд.<sup>25</sup>

Принцип 16<sup>26</sup> определяет *необходимость незамедлительного сообщения пациенту о причинах госпитализации и содержания в психиатрическом учреждении в принудительном порядке: о факте госпитализации или содержания и их причинах безотлагательно и в подробном виде сообщается надзорному органу, личному представителю пациента, если таковой имеется, а также, если пациент не возражает, семье пациента.*

Не соблюдается в Казахстане правило о **надзорном органе** (но не комиссии врачей-психиатров), установленное в Принципе 17:

*«1. Надзорный орган является судебным или другим независимым и беспристрастным органом, созданным согласно внутригосударственному законодательству и функционирующим в соответствии с процедурами, установленными внутригосударственным законодательством. При подготовке своих решений он пользуется помощью одного или нескольких квалифицированных и независимых специалистов, работающих в области психиатрии, и принимает к сведению их советы.*

*2. В соответствии с пунктом 2 принципа 16 выше первоначальное рассмотрение надзорным органом решения о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учрежде-*

<sup>25</sup> Статьи 125-126 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», статья 32 ранее действовавшего Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

<sup>26</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

нии в принудительном порядке проводится в максимально короткий срок после принятия такого решения и должно осуществляться в соответствии с упрощенными и ускоренными процедурами, предусмотренными во внутригосударственном законодательстве.

3. Надзорный орган периодически через разумные промежутки времени, определенные внутригосударственным законодательством, рассматривает случаи принудительной госпитализации.

4. Пациент, госпитализированный в принудительном порядке, может через разумные промежутки времени, определенные внутригосударственным законодательством (что не установлено Кодексом. Прим. автора), обращаться в надзорный орган с ходатайством о выписке или получении статуса пациента, госпитализированного в добровольном порядке.

5. Во время каждого пересмотра надзорный орган должен выяснить, удовлетворяются ли по-прежнему критерии принудительной госпитализации, изложенные в пункте 1 принципа 16 выше, и если нет, пациент должен быть выписан как госпитализированный в принудительном порядке (Согласно Кодексу, нет каких-либо разграничений содержания пациентов в принудительном или добровольном порядке, поскольку по своему желанию ни тот, ни другой пациенты не могут свободно выходить из здания психиатрического учреждения. Прим. автора).

6. Если в любое время специалист, работающий в области психиатрии, отвечающий за данное дело, убеждается, что условия содержания лица в качестве пациента, госпитализированного в принудительном порядке, больше не удовлетворяются, этот специалист отдает распоряжение о выписке данного лица как пациента, госпитализированного в принудительном порядке».

**Основаниями для помещения в психоневрологическую организацию** лица, страдающего психическим расстройством, являются:

- заявление родственников либо его законного представителя и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра;
- для несовершеннолетнего - заключение психолого-медико-педагогической консультации;
- для лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.<sup>27</sup>

Заключение должно свидетельствовать о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированной организации для социального обеспечения, а в отношении дееспособности лица - также сведения об отсутствии основания для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.<sup>28</sup>

Основанием для направления несовершеннолетнего в психоневрологическую организацию с целью специального обучения является наличие у лица психического расстройства (заболевания). Направление производится на основании заявления родителей либо его законного представителя и заключения республиканской, областной или городских психолого-медико-педагогических консультаций. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития (п.3 ст.129 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Основанием для перевода лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), из психоневрологической организации или школы специального обучения в аналогичную организацию общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, психолого-медико-педагогической консультации об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированной психоневрологической организации.

Выписка из психоневрологической организации или школы специального обучения производится:

- 1) по личному заявлению лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья это лицо способно проживать самостоятельно;
- 2) по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним либо за лицом, признанным судом недееспособным.

#### **Психиатрическое освидетельствование**

##### **а) проводится в целях:**

- установления психического расстройства (заболевания) у обследуемого лица;

<sup>27</sup> Статья 129 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>28</sup> Статья 38 Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», пункт 1 статьи 129 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

- определения необходимости оказания психиатрической помощи и ее видов;
- для решения вопросов об опеке, определении временной нетрудоспособности;

**б) на основании:**

- просьбы или с письменного согласия обследуемого лица; заявление о согласии на психиатрическое освидетельствование может быть подано законным представителем лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности и иными гражданами; подача заведомо ложного заявления влечет за собой уголовную ответственность.<sup>29</sup>

- письменного заявления его законных представителей с указанием причины освидетельствования;

- в отношении несовершеннолетнего или лица, признанного судом недееспособным, по просьбе или с письменного согласия их законных представителей;

- по решению органа опеки и попечительства (в случае возражения или отсутствия законного представителя - освидетельствование несовершеннолетнего), которое может быть обжаловано в суд.

Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено:

**I. Без согласия его законного представителя (по решению комиссии врачей-психиатров)** в случае, если лицо находится под динамическим наблюдением в порядке, предусмотренном п.2 ст.124 Кодекса (то есть лицо, в отношении которого может быть установлено динамическое наблюдение, должно как минимум страдать хроническим или затяжным расстройством с тяжелыми, стойкими, часто обостряющимися болезненными проявлениями. Подобного требования ранее действовавший Закон не устанавливал).

Динамическое наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица страдающего психическим расстройством (заболеванием), или его законного представителя в случаях, предусмотренных п.2 ст.124 Кодекса, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

**II. Без его согласия или без согласия его законного представителя (решение о проведении психиатрического освидетельствования принимается врачом с уведомлением законного представителя лица)** в случае, когда обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (заболевания), которое обуславливает:

1) его непосредственную опасность для себя и окружающих (должно быть устное или письменное заявление о согласии на психиатрическое освидетельствование от конкретного лица);

2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.<sup>30</sup>

Заявление (устное или письменное) должно содержать сведения о наличии оснований для освидетельствования (когда обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать вышеназванное).

При отсутствии непосредственной опасности освидетельствуемого лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и данные об отказе лица (либо его законного представителя) от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют обстоятельства, предусмотренные в п.п.2 и 3, врач-психиатр в письменном виде обоснованно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

Эти же условия должны были присутствовать при недобровольной госпитализации лица с тяжелым психическим расстройством для обследования и лечения без его согласия и без согласия его законного представителя с последующим информированием органов прокуратуры (ст.29 Закона). Но в ныне действующем **Кодексе указанные требования отсутствуют**.

Если ранее основанием для проведения психиатрического освидетельствования (без согласия освидетельствуемого лица) достаточно было решения врача-психиатра, но с обязательным уведомлением законного представителя лица (ст.24 Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), то в ныне действующем **Кодексе не требуется даже уведомления законного представителя** с оговоркой: «если обследуемое лицо находится под динамическим наблюдением».<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Пункт 10 статьи 123 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>30</sup> Пункт 5 статьи 23 ранее действовавшего Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», пункт 5 статьи 123 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>31</sup> Пункт 6 статьи 123 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Порядок неотложной/ экстренной госпитализации прописан в Инструкции о порядке неотложной госпитализации психически больных, утвержденной приказом Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. № 269. Однако данная Инструкция принята 12 лет назад, и она не приведена в соответствие со вступившим осенью 2009 г. в силу Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Поскольку медработники психиатрических учреждений согласно результатам опроса в большинстве своем руководствуются вышеназванным Приказом, приведем для сведения основные его положения относительно порядка принудительной госпитализации.

Госпитализация лица в недобровольном порядке осуществляется без его согласия и согласия его законного представителя, с последующим информированием органов прокуратуры, и обусловлена:

- 1) его непосредственной опасностью для себя или окружающих;
- 2) его беспомощностью, то есть неспособностью самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода;
- 3) существенным вредом его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи<sup>32</sup>.

Показаниями для неотложной госпитализации являются психотическое состояние больного, суицидальное поведение, а также вероятность таких действий, обусловленная следующими особенностями его болезненного состояния:

- а) неправильное поведение вследствие психотического состояния (психомоторное возбуждение, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);
- б) систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно-опасного поведения больных;
- в) депрессивные состояния, если они сопровождаются суицидальными тенденциями;
- г) маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;
- д) психопатоподобные синдромы при психических заболеваниях с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
- е) состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество<sup>33</sup>.

В то же время, согласно вышеназванной инструкции, не являются показанием к неотложной госпитализации в психиатрическую больницу любые состояния простого алкогольного опьянения, за исключением острых интоксикационных психозов и психотических вариантов абстинентных состояний. Не могут служить показаниями к неотложной госпитализации аффективные реакции, сутяжная деятельность и антисоциальные формы поведения лиц, обнаруживших лишь психопатические и невротические расстройства.

При поступлении психического больного в психиатрическую больницу, дежурный врач-психиатр обязан лично убедиться в наличии у больного показаний к неотложной госпитализации и сделать на титульном листе медицинской карты стационарного больного (форма № 003/У) и в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/У) запись, что больной поступает в порядке неотложной госпитализации.

В случаях, когда дежурный врач-психиатр не находит оснований для неотложной госпитализации, а больной или его родственники и законные представители не дают согласия на госпитализацию, дежурный врач отказывает в приеме такого больного в психиатрическую больницу (отделение) и делает мотивированную запись в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации.<sup>34</sup>

Согласно вышеназванному документу установлен следующий порядок неотложной недобровольной госпитализации психически больных пациентов в психиатрическую больницу:

В течение 48 часов с момента поступления/доставления в психиатрическую больницу пациента освидетельствует комиссия врачей – психиатров, которая должна состоять из лечащего врача, заведующего отделением и главного врача, либо его заместителя по медицинской части или лица, уполномоченного главным врачом. Комиссия из 3 врачей решает вопрос об обоснованности неотложной госпитализации и необходимости проведения обязательного лечения. После чего составляется мотивированное заключение, которое вносится в медицинскую карту пациента, куда ставятся подписи всех членов комиссии. При положительном решении вопроса о необходимости госпитализации администрация больницы в течение суток направляет мотивированное заключе-

<sup>32</sup> Пункт 1 Инструкции о порядке неотложной госпитализации психически больных, утвержденной приказом Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. №269.

<sup>33</sup> Пункт 2 Инструкции о порядке неотложной госпитализации психически больных, утвержденной приказом Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. №269.

<sup>34</sup> Пункт 7 Инструкции о порядке неотложной госпитализации психически больных, утвержденной приказом Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. № 269.

ние об этом главному психиатру органа здравоохранения, а так же должна известить родственников больного или его законных представителей. В то же время.

Необходимость дальнейшего принудительного нахождения в психиатрическом учреждении пересматривается не реже 1 раза в месяц – пациент проходит повторное освидетельствование комиссией врачей-психиатров. Кроме того, в соответствии с Кодексом, может быть проведено внеочередное освидетельствование лица, госпитализированного в недобровольном порядке по желанию самого пациента или его законного представителя, а так же адвоката. И лишь продление госпитализации свыше 6 месяцев производится по решению суда на основании обращения врачей-психиатров.

В ранее действовавшем Законе, в ст.25 указывались формальные основания (устное при условии наличия «непосредственной опасности для самого лица или окружающих» или письменное заявление любого гражданина, законного представителя или врача любой медицинской специальности, содержащее подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и данные об отказе лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру), но не указывались виды документа (постановление, решение или иное), оговаривалась только «запись в медицинской документации», которой оформляется такое решение.

Согласно ст.27 ранее действовавшего Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» на основании обоснованного решения комиссии врачей-психиатров не менее 3-х врачей, назначаемой администрацией психиатрической организации или органом здравоохранения, оформляемого записью в медицинской документации, может устанавливаться (до выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица) диспансерное наблюдение за лицом, страдающим хроническим или затяжным расстройством с тяжелыми, стойкими, часто обостряющимися болезненными проявлениями (до выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица). **Такое решение может быть обжаловано.**

Подобная норма включена и в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» в ст.124. Только наблюдение является уже не диспансерным, а относится к так называемому «динамическому наблюдению».<sup>35</sup> Кроме того, комиссия, которая принимает решение о необходимости установления динамического наблюдения и его прекращении, может быть: 1) комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрической организации, оказывающей амбулаторную психиатрическую помощь, или 2) комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения, в количестве не менее трех врачей.

#### 1.1.5. Недобровольная госпитализация, принудительное лечение

Привлекает особое внимание вопрос принудительного лечения, поскольку важно, чтобы закон определял гарантии соблюдения прав и свобод для человека, оказавшегося в этой ситуации.

Отличительным признаком принудительности является элемент несогласия. Поскольку нас интересуют правоотношения в сфере деятельности психиатрических учреждений, то так или иначе возникает вопрос: как регламентирует Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» принудительное помещение и лечение в психиатрическом учреждении.

Кодекс определяет «принудительное лечение» как лечение больного, осуществляемое на основании решения суда.<sup>36</sup> Причем не считается принудительным то лечение, которое осуществляется в порядке «недобровольной госпитализации» до 6 месяцев в психиатрической больнице, поскольку решение суда в первый раз с момента начала лечения может быть вынесено только в качестве «продления» срока принудительного лечения.

Определение термина «недобровольная госпитализация» в Кодексе не содержится, в то время как по тексту Кодекса он упоминается и на практике активно применяется. Однако нетрудно догадаться, что это понятие включает госпитализацию против воли лица. Термин «недобровольная госпитализация» применяется медицинскими работниками, но не судебными и иными правоохранительными органами, которые руководствуются другим термином «принудительные меры медицинского характера». На это указывается также в ответе Костанайского областного суда, который таким образом обосновывает отсутствие какой-либо статистики о делах по обжалованию недобровольной госпитализации.

Для демонстрации дискриминации психически больных по сравнению с гражданами, болезнями заразной формы туберкулеза, следует привести в качестве примера норму п.3 ст.107 Кодекса. В ней закреплено требование о принятии решения о принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза и уклоняющихся от лечения, **судом** по представлению органов (организаций) здравоохранения. Основанием для принудительного лечения при этом явля-

<sup>35</sup> Согласно пояснению ВК ОПНД, «диспансерное наблюдение является динамическим, то есть учитывающим непостоянный, меняющийся характер течения заболевания».

<sup>36</sup> Пункт 66 пункта 1 статьи 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г.

ется отказ больных заразной формой туберкулеза от лечения, назначенного врачом, зафиксированный в медицинской документации.<sup>37</sup> Материалы рассматриваются судом в 5-дневный срок, со дня их поступления, с участием гражданина, направляемого на принудительное лечение.

Принцип 15 определяет: «Когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации. Доступ в психиатрическое учреждение должен регулироваться таким же образом, как и доступ в любое другое лечебное учреждение при любом другом заболевании».<sup>38</sup>

Таким образом, в соответствии с п.4 ст.9 МПГПП каждому, кто лишен свободы вследствие ареста или содержания под стражей, принадлежит право на разбирательство его дела в суде, чтобы этот суд мог безотлагательно вынести постановление относительно законности его задержания и распорядиться о его освобождении, если задержание незаконно. Однако в Казахстане вопросы недобровольной госпитализации рассматриваются судом только в том случае, если пациент пребывает в психиатрической больнице свыше 6 месяцев. Таким образом, процедура недобровольной госпитализации не соответствует международным стандартам. На наш взгляд указанные сроки для пересмотра решений о необходимости применения принудительных мер медицинского характера являются необоснованно большими.

Перед тем, как анализировать основания принудительного лечения (лечения без согласия) психически больных, необходимо признать, что понятия «оказание медицинской помощи» и «лечение» тождественны. Главным аргументом здесь является тот факт, что медицинская помощь и лечение – это комплекс медицинских услуг, где в том и в другом случае оказывается лекарственная помощь. Только если в первом определении п.п.70 п.1 ст.1 Кодекса называется целью является «сохранение и восстановление здоровья населения», то во втором – в п.п.48 ч.1 ст.1 Кодекс – «устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования». Сохранить, но не всегда восстановить здоровье можно посредством устранения, приостановления и (или) облегчения течения заболевания, а также предупреждения его прогрессирования.

В п.7 ст.119 Кодекса указаны два основания, позволяющие медицинским работникам лечить и оказывать медицинскую помощь без согласия пациента:

- 1) применение принудительных мер медицинского характера;
- 2) недобровольная госпитализация.

Как видно, термин «принудительное лечение» в обоих случаях отсутствует.

В соответствии со ст.89 УК РК целями применения принудительных мер медицинского характера являются **излечение** 3-х категорий лиц, являющихся **преступниками**: а) совершивших преступление, предусмотренное Уголовным кодексом РК, в состоянии невменяемости; б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания; в) совершивших преступление и страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Согласно ч.1 ст.90 УК РК, суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера: а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра; б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа; в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа; г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании **заключения комиссии врачей-психиатров**. Лицо, которому назначены принудительные меры медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров **не реже 1-го раза в 6 месяцев** для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении или об изменении таких мер. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительных мер медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено *по истечении шести месяцев* с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения *производится ежегодно*.<sup>39</sup>

Обоснования минимального шестимесячного срока для принятия решения о продлении применения принудительных мер медицинского характера в действующем законодательстве найти достаточно сложно. Во всяком случае, очевидно, что по медицинским показаниям не может существовать четко определенного минимального срока для применения принудительных мер медицинского характера по причине различия в заболеваниях и индивидуальных особенностей лиц, к которым такие меры применяются.

<sup>37</sup> Пункт 2 статьи 107 Кодекса РК «О здоровье нации и системе здравоохранения».

<sup>38</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>39</sup> Части 1 и 2 статьи 93 УК РК.

Единственной аналогией, которую можно найти в действующем уголовном законодательстве - это минимальный шестимесячный срок нахождения в местах лишения свободы для решения вопроса об условно-досрочном освобождении (ст.70 УК РК) или замене неотбытой части наказания к лишению свободы более мягким видом наказания (ст.71 УК РК).

Правда и в этом случае нет основанных на объективных критериях доводов, в связи с чем такой минимальный срок установлен в шесть месяцев. В связи с этим необходимо в действующем законодательстве дать рациональные (медицинские или иные) обоснования такого минимального срока.

Вышеизложенное показывает очевидность того, что: 1) принудительные меры медицинского характера имеют целью излечение, 2) это термин, относящийся только к преступникам, 3) суд принимает решение на основании заключения комиссии врачей-психиатров, 4) первое продление принудительного лечения допустимо не ранее, чем истечет 6 месяцев с момента начала лечения, а в последующем – ежегодно.

Если с первым основанием для лечения и оказания медицинской помощи без согласия пациента ситуация более или менее понятная, поскольку решение о применении принудительных мер медицинского характера принимается судом и только в отношении преступников, то с недобровольной госпитализацией связано несколько заслуживающих внимания вопросов, поскольку решение об этом принимается **комиссией врачей-психиатров**. Кроме того, не требуется их решения в случае экстренной госпитализации.<sup>40</sup>

Так, п.1 ст.94 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусматривает четыре категории лиц, в отношении которых допускается оказание медицинской помощи без их согласия: 1) находящихся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю; 2) страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями); 4) страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние.

П.3 этой же ст.94 гласит: «Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается **до исчезновения оснований**, предусмотренных п.1 настоящей статьи, или по решению суда». Для каких целей эта норма предусмотрена? С учетом вышеуказанной ст.94 п.1 Кодекса, такими являются: 1) выведение лица из шокового, коматозного состояния и выражения воли этим лицом, 2) прекращения момента, когда лицо представляет опасность для окружающих, 3) излечение от тяжелого психического расстройства, 4) изоляция и излечение преступника.

Принцип 16 допускает содержание пациента в психиатрическом учреждении в принудительном порядке *«тогда и только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит:*

*а) что вследствие этого психиатрического заболевания существует **серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба** этому лицу или другим лицам; или*

*б) что в случае лица, чье психическое заболевание является тяжелым, а умственные способности – ослабленными, отказ от госпитализации или содержание данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы».*<sup>41</sup> Вместе с тем в Принципе 16 определена необходимость консультации со **вторым таким специалистом**, работающим в области психиатрии, и принудительная госпитализация возможна только с согласия второго специалиста, работающего в области психиатрии.

Как видно, Принципы определяют только два основания к принудительной госпитализации, которые не согласуются с установленными Кодексом четырьмя пунктами, из которых последний называет лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние. Выше отмечалось, что к такой категории граждан применим термин «принудительные меры медицинского характера». Поэтому получается дублирование оснований для оказания медицинской помощи без согласия пациента.

Кроме того, Кодекс предусматривает возможность недобровольной госпитализации по решению одного врача-психиатра, в то время как Принципы утверждают о необходимости наличия согласия второго специалиста.

Согласно п.8 ст.119 Кодекса лицо не вправе отказаться от лечения или прекратить его, либо каким-то образом уклониться от принудительной госпитализации. Какие гарантии при этом имеет лицо, подвергнутое недобровольной госпитализации и принудительному лечению в отсутствие решения суда?

<sup>40</sup> Пункт 7 статьи 119 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>41</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

Если посмотреть на данный вопрос с точки зрения этимологии термина «против воли человека», то оно равносильно насилию. Как известно, запрет насилия гарантирован ст.17 Конституции РК, равно как и право на личную свободу. Если лицо, подозреваемое или обвиняемое в совершении преступления, при наличии оснований, предусмотренных в ст.150 УПК РК, должно предстать перед судом в течение 72 часов с момента фактического задержания, то большой даже не являющийся лицом, оказавшимся в орбите уголовного преследования, законодательно не удостоен того, чтобы вопрос о недобровольной госпитализации и принудительном лечении решил суд. Как показывает российская и европейская практика, подобные вопросы разрешаются именно судом.

Так, первое же дело, рассмотренное Европейским судом по жалобе гражданки из России, связанное с недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар («Ракевич против Российской Федерации», Страсбург, 28.10.2003 г.) было заявительницей выиграно. Суд обязал Правительство России выплатить ей 3 000 евро в качестве компенсации морального вреда. В своем постановлении Европейский суд помимо констатации имевших место нарушений, допущенных российским судом при рассмотрении вопроса о госпитализации Ракевич в психиатрический стационар в недобровольном порядке, указал также на пробелы в российском законодательстве, влекущие ущемление прав пациента и подлежащие устранению.<sup>42</sup>

Как отмечают специалисты в области международного права, по смыслу статей 25-27 Европейской конвенции, право подачи такой жалобы распространяется даже на тех лиц, страдающих психическими расстройствами, которые признаны *недееспособными*, что исключительно важно, т.к. по российскому законодательству недееспособный лишен права самостоятельно обращаться с жалобами в суд и другие государственные органы.

Практика Европейского суда показывает, что в европейских странах в отношении лиц с психическими расстройствами чаще других нарушаются: ст. 5 Конвенции (право на свободу и личную неприкосновенность), ст. 6 (право на справедливое и скорое судебное разбирательство), ст. 8 (право на уважение частной и семейной жизни) и ст. 3 (запрет пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения). Выявляются нарушения и других статей Конвенции. Так, в решении по делу «Херцегфалви против Австрии» от 24.09.1992 г. было констатировано нарушение права заявителя на неприкосновенность переписки, а тем самым и его права на получение информации в период, когда он находился на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Европейский суд в этом случае применил ст.10 Конвенции (свобода выражения мнений).

Кроме того, необходимо отметить, что лицо может быть помещено в медицинское учреждение по решению суда для производства судебно-психиатрической экспертизы. Комитет ООН против пыток после рассмотрения второго периодического доклада Казахстана выразил обеспокоенность тем, что основания для решения о принудительном помещении подозреваемых и подследственных на стадии досудебного расследования в медицинское учреждение для проведения психиатрической судебно-медицинской экспертизы «являются субъективными, и что в законодательстве не регламентируется максимальная продолжительность принудительного помещения в медицинское учреждение, а также отсутствуют гарантии права на получение информации и опротестования методов медицинского лечения или вмешательства».

Очевидно, что:

1) для единого понимания и применения медицинскими, судебными и правоохранительными органами, необходимо дать определение термина «недобровольная госпитализация» или исключить это понятие, заменив прилагательным «принудительная»;

2) привести УК РК и Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» в соответствие между собой в части оснований для оказания медицинской помощи и лечения без согласия лица;

3) однозначно закрепить в Кодексе требование о необходимости принудительной госпитализации только на основании решения суда и исключить случаи экстренной госпитализации на основании решения одного врача-психиатра;

4) необходимо четко отграничить момент, когда принудительное лечение заканчивается и лицо содержится в стационаре по своей воле;

5) важно установить сроки, в течение которых без решения суда лицо может содержаться в порядке принудительной госпитализации в стационаре;

6) доступ в психиатрическое учреждение должен регулироваться таким же образом, как и доступ в любое другое лечебное учреждение при любом другом заболевании;

7) назрела необходимость сопоставить Факультативный протокол к Конвенции против пыток и Декларацию о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы, принятую Генеральной Ассамблеей ООН в 1998 г. с национальным законодательством РК и образовать национальный превентивный

<sup>42</sup> Перевод на русский язык указанного постановления Европейского суда, комментарий к нему, а также анализ предполагаемых изменений российского законодательства – см.: Независимый психиатрический журнал, 2003, №IV, 2005, №IV.

механизм, предоставив гражданскому обществу возможность осуществлять общественный контроль за соблюдением прав лиц, содержащихся в психиатрических учреждениях;

8) представляется обоснованной рекомендация Комитета ООН против пыток о внесении изменений в Уголовно-процессуальный кодекс РК для обеспечения того, чтобы принудительное помещение подозреваемых и подсудимых на стадии досудебного расследования в медицинские учреждения для проведения психиатрической судебно-медицинской экспертизы применялось на основании решения суда и объективных критериев. Государству-участнику следует обеспечить, чтобы продолжительность такого помещения ограничивалась законом и чтобы подозреваемые и подсудимые имели право на получение информации и опротестование методов медицинского лечения или вмешательства.<sup>43</sup>

#### 1.1.6. Обязанности администрации и медперсонала

Ст.36 ранее действовавшего Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» **закрепляла перечень обязанностей администрации и медицинского персонала** психиатрического стационара на создание условий для осуществления прав пациентов и их законных представителей:

- обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью, а также соответствие организации предъявляемым санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- предоставлять лицу, страдающему психическим расстройством, или его законному представителю текст Закона, правила внутреннего распорядка психиатрического стационара, адреса и телефоны государственных и общественных органов, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;
- обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в государственные органы, а также адвокату;
- в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в добровольном порядке оповещать его законного представителя или иное лицо по его указанию;
- информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествий с ним;
- обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;
- разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителей, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;
- выполнять иные обязанности, установленные Законом.

Однако введенный в действие с 10.10.2009 г. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» не включает вышеназванного, определяя лишь общие **обязанности медицинских и фармацевтических работников без их конкретизации в п.6 ст.182** (за исключением отдельных обязанностей, указанных в главе 20):

- 1) надлежащим образом выполнять свои профессиональные обязанности, уважительно и гуманно относиться к пациентам, руководствоваться принципами медицинской этики и деонтологии;
- 2) содействовать профилактике заболеваний и укреплению здоровья граждан, оказывать медицинскую помощь;
- 3) оказывать неотложную медицинскую помощь населению в экстренных случаях;
- 4) проводить работу по пропаганде медицинских знаний и здорового образа жизни среди населения;
- 5) соблюдать Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников, хранить врачебную тайну, не разглашать сведения о болезнях, интимной и семейной жизни граждан;
- 6) непрерывно развивать и повышать свой профессиональный уровень;
- 7) привлекать в необходимых случаях для консультации специалистов другого профиля или более высокой квалификации.

**К обязанностям администрации организации, оказывающей психиатрическую помощь** относятся:

- обеспечение возможности приглашения гражданином при оказании ему психиатрической помощи адвоката, за исключением случаев, предусмотренных в части второй п.3 ст.97 – «В период беременности обследование, лечение и медицинское вмешательство могут быть осуществлены только с согласия женщины или ее законного представителя», и п.5 ст.123 Кодекса – при психиат-

<sup>43</sup> Заключительные замечания Комитета ООН против пыток (CAT/C/SR.858).

рическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя в случае, когда обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (заболевания), которое обуславливает:

- 1) его непосредственную опасность для себя и окружающих;
  - 2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода;
  - 3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;
- врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому лицу и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пп.1 п.5 ст.123 Кодекса.<sup>44</sup>

**Нововведением** является Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников РК.<sup>45</sup> Кодекс чести определяет пять основных пунктов обязанностей: а) в целом, б) перед пациентами, в) с коллегами, г) право коллектива рассматривать факты несоблюдения Кодекса чести, д) обязанность руководителя организации здравоохранения разместить Кодекс чести в местах наглядной агитации.

Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан (далее – Кодекс чести) определяет моральную ответственность медицинских и фармацевтических работников за свою деятельность перед гражданами и обществом в целом.

***В своей деятельности медицинские и фармацевтические работники должны:***

- 1) руководствоваться Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Кодексом чести;
- 2) способствовать укреплению здоровья граждан Республики Казахстан;
- 3) принимать решения исключительно в интересах пациента;
- 4) не допускать совершения действий, способных дискредитировать высокое звание медицинского и фармацевтического работника Республики Казахстан;
- 5) добросовестно и качественно исполнять свои служебные обязанности;
- 6) непрерывно совершенствовать свои профессиональные знания;
- 7) не допускать, руководствуясь соображениями личной выгоды, рекламирования и использования методов и средств профилактики и лечения;
- 8) неукоснительно соблюдать трудовую дисциплину;
- 9) бережно относиться и эффективно использовать имущество организаций здравоохранения;
- 10) противостоять проявлениям коррупции;
- 11) не допускать использования служебной информации в корыстных и иных личных целях;
- 12) личным примером способствовать созданию устойчивой и позитивной морально-психологической обстановки в коллективе;
- 13) не допускать и пресекать факты нарушения норм Кодекса чести со стороны других медицинских и фармацевтических работников;
- 14) соблюдать установленную форму одежды в период исполнения своих служебных обязанностей.

***В отношениях с пациентами медицинские и фармацевтические работники должны:***

- 1) уважать права, честь и достоинство человека независимо от возраста, пола, национальнойности, вероисповедания, гражданства, происхождения, социального, должностного и имущественного положения или любых иных обстоятельств;
- 2) оказывать медицинскую помощь каждому, кто в ней нуждается;
- 3) постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни;
- 4) способствовать укреплению доверия граждан к системе здравоохранения государства;
- 5) не допускать фактов финансовых и иных вымогательств по отношению к пациентам, прилагать усилия по пресечению таких действий со стороны своих коллег;
- 6) своими действиями не давать повода для обоснованной критики со стороны общества, терпимо относиться к ней, использовать конструктивную критику для устранения недостатков и улучшения своей профессиональной деятельности.

<sup>44</sup> Пункт 5 статьи 123 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случае, когда обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (заболевания), которое обуславливает:

- 1) его непосредственную опасность для себя и окружающих;
- 2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- 3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

<sup>45</sup> Статья 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

**В отношениях с коллегами медицинские и фармацевтические работники должны:**

- 1) соблюдать общепринятые морально-этические нормы, быть вежливыми и корректными;
- 2) не отказывать в бескорыстной помощи и самому обращаться за советом к коллегам, если того потребуют интересы пациента;
- 3) не ставить публично под сомнение профессиональную квалификацию другого медицинского и фармацевтического работника;
- 4) преумножать традиции и достижения казахстанской медицины.

Соблюдение медицинскими и фармацевтическими работниками Кодекса чести является их профессиональным долгом.

**Коллектив организации здравоохранения** по решению его руководителя может рассматривать факт несоблюдения медицинским и фармацевтическим работником положений Кодекса чести и выносить по итогам рассмотрения общественное порицание.

**Руководители организаций здравоохранения** обеспечивают размещение текста Кодекса чести в местах наглядной агитации.

**Другой новеллой** в действующем законодательстве является требование ст.95 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», устанавливающим содержание врачебной тайны. Так, наряду с другими сведениями, врачебную тайну составляет информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении. Носителями врачебной тайны являются лица, которым она стала известна при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

Между тем из данного правила имеются два исключения, когда:

I. Имеется согласие пациента или его законного представителя и передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается другим физическим и (или) юридическим лицам в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях.

II. Без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях:

1) в целях обследования и лечения гражданина, неспособного из-за своего состояния выразить свою волю (в данном случае требуется недостающее уточнение о возможности разглашения врачебной тайны в отсутствие законного представителя. *Прим. автора*);

2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

3) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства (в данном случае соблюден принцип равенства сторон в процессе. *Прим. автора*);

4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей;

5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний.

**Еще одной новеллой** в Кодексе является запрет на включение и использование в автоматизированных базах данных без разрешения пациента информации персонифицированного характера, касающейся его частной жизни.<sup>46</sup> Не допускается подключение автоматизированных баз данных, имеющих персонифицированный характер, к сетям, связывающим их с другими базами данных, без разрешения пациентов при использовании информации персонифицированного характера, касающейся их частной жизни.

Пациент вправе рассчитывать на то, что врач сохранит в тайне всю медицинскую и доверенную ему личную информацию, основываясь не только на нормах права, но и на профессиональных этических нормах, в частности Кодексе чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан,<sup>47</sup> а также международных стандартах: п. «д» Лиссабонской декларации о правах пациента 1981 г.; п. 4.1 Основ концепции прав пациента в Европе, принятых ВОЗ в 1994 г.

Требования о неразглашении врачебной тайны закреплены в ст. 144 Уголовного кодекса РК, ст.12 Закона РК «О браке и семье» (при медицинском обследовании лиц, вступающих в брак), а также были определены в ранее действовавших: ст.29 Закона РК «Об охране здоровья граждан», ст.8 Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст.11 Закона РК «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД».<sup>48</sup> Последние три из названных зако-

<sup>46</sup> ВК ОПНД уточняет, что определение термина «информация персонифицированного характера» в Кодексе не содержится, что вызывает трудности в применении данного нормативного правового акта.

<sup>47</sup> Статья 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>48</sup> **Статья 144 УК РК.** Разглашение врачебной тайны

1. Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента -

нов утратили силу в связи с введением с 10.10.2009 г. Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», который содержит требования о не разглашении врачебной тайны в ст.95.

При получении диплома врача дается *клятва врача*, больше известная как клятва Гиппократова, в которой обязуются, в частности, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Врачебная тайна должна сохраняться и *после смерти лица*. Это требование определено в **Женевской декларации** (Профессиональной клятве врача) 1948 г., в **Международном кодексе медицинской этики** в действующей редакции 1983 г.: «Врач должен хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента». Эта норма зафиксирована в Основах концепции прав пациента в Европе, принятых ВОЗ в 1994 г.

## 1.2. Методология исследований

В начале работы по проекту были разработаны концепция, схема, инструментарий мониторинга. В работе на каждом из этапов мониторинга использовались материалы Хельсинкского Фонда по правам человека (г. Варшава, Польша).

---

наказывается штрафом в размере до ста месячных расчетных показателей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца либо исправительными работами на срок до одного года.

2. То же деяние, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица **ВИЧ/СПИД**, - наказывается штрафом в размере от ста до трехсот месячных расчетных показателей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до трех месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо исправительными работами на срок до двух лет.

3. Деяния, предусмотренные **частями первой или второй** настоящей статьи, если они повлекли тяжкие последствия, - наказываются лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

**Утратил силу. Статья 8: ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1 ЗРК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Сохранение врачебной тайны.** Сведения о наличии у гражданина психиатрического расстройства, факты обращения за психиатрической помощью и лечение в организации, оказывающей такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, **охраняемой законом**.

**Утратил силу. Статья 29 ЗРК «Об охране здоровья граждан».** Врачебная тайна

1. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных **пунктами 3 и 4** настоящей статьи.

3. С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях: 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; 2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих; 3) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокуратуры и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства; 4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей; 5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний.

**Статья 12 ЗРК «О браке и семье».** Медицинское обследование лиц, вступающих в брак

1. Консультирование и обследование по медицинским, а также по медико-генетическим вопросам и вопросам охраны репродуктивного здоровья желающих вступить в брак проводятся специализированными учреждениями здравоохранения и только с обоюдного согласия лиц, вступающих в брак.

2. Результаты обследования вступающего в брак составляют медицинскую тайну и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, только с согласия прошедшего обследование.

**Утратил силу. Статья 11 ЗРК «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД».** Соблюдение врачебной тайны

Медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных обязанностей стали известны сведения о лицах, инфицированных ВИЧ и больных СПИД, обязаны сохранять эти сведения в тайне, **охраняемой законом**.

В качестве основного инструментария при проведении исследования применялись: анкеты для пациентов стационара и диспансера, анкеты для родственников пациентов психиатрических учреждений, анкеты для медицинского персонала, анкеты для адвокатов, формы опросов заведующих отделениями, форма интервью с главным врачом, карта наблюдения.

Анкета пациента, состояла из 35 вопросов (из них 2 уточняющих вопроса), 33-х - закрытого типа и 2 - открытого. Разработчики инструментария представляли себе, что для пациента не просто будет сосредоточиться и ответить на все из 35-ти вопросов анкеты. Кроме того, имелись различные мнения относительно необходимости опроса пациентов, степени объективности собранных мнений и оценок и дальнейшего использования их в качестве одного из источников информации в ходе мониторинга.

Анкета родственника пациента, включала 15 вопросов (1 - открытого, 12 - закрытого и 2 - полукрытого типа). Анкета медицинского персонала состояла из 42 (из которых 13 – уточняющего характера) вопросов, среди которых - 22 вопроса закрытого и 20 - открытого типа. В анкету адвоката входило 22 вопроса: 4 - открытого и 18 - закрытого типа. Форма опроса для заведующего отделением психиатрического учреждения состояла из 33 вопросов. Интервью главного врача проводилось по 62 вопросам.

Карта наблюдения в психиатрическом учреждении наряду с исходными данными о наблюдателе, дате, времени и месте проведения, состояла из 3-х частей, включающих следующие основные вопросы:

1) общие сведения (адрес психиатрического учреждения, количество корпусов, наглядная информация), приемный покой (помещения), другие сооружения на территории учреждения;

2) осмотр лечебных отделений: категория содержащихся больных, лимит койко-мест и количество пациентов, общее состояние отделения, помещения (для встреч с родственниками, комната для отдыха пациентов, библиотека, столовая, палаты, наблюдательная палата, санузел, ванная комната, душевая для персонала, комната для религиозных обрядов, класс, место для курения, столовая для персонала, пост и др.), палаты (состояние, размеры, окна, решетки, оборудование, освещение, температура, постельные принадлежности, наличие предметов, отдушин, воды, раковины и туалета, запах); пункты, необходимые для заполнения наблюдателем, которые касаются следующего: где стирают белье, кто выдает продукты, готовит и разносит пищу, стенды (Правила внутреннего распорядка, информация о правах пациентов, выдержки из действующего законодательства), ящики для жалоб и заявлений,

3) лица, находящиеся на лечении и медицинский персонал: внешний вид, отношение персонала, доступ к квалифицированной юридической помощи, возможность свиданий, возможность пользоваться родным языком, обращение со стороны администрации и др.

Было собрано **227** субъективных мнения и оценок **пациентов** психиатрических учреждений (пациентов стационара - 193: Астана - 78, Костанай - 73, Усть-Каменогорск – 42; пациентов диспансера - 34: Астана - 18, Костанай - 16), **39 родственников пациентов** (Астана - 3, Костанай - 30, Усть-Каменогорск - 6), **24-х заведующих отделениями** (Астана и Костанай – по 8 чел., Усть-Каменогорск - 6 чел., Павлодар – 2 чел.), **422** (Астана-150, Костанай - 158, Павлодар- 20, Усть-Каменогорск - 94) - **медицинского персонала**, **86 адвокатов** (Астана-35, Костанай-26, Оскемен-25). Кроме того, проведены интервью главных врачей ГУ «МЦППЗ г. Астана», ГУ «КОПБ» и ГУ «ВК ОПНД».

Членами группы по проведению мониторинга использовались такие способы получения информации, как: наблюдение, интервью, беседа, опрос, исследование письменных документов, личный прием и консультирование пациентов и медицинского персонала, а также проводилась работа с представителями таких государственных органов, как: Управление здравоохранения, Департамент труда, занятости и социальной защиты населения, Управления координации занятости и социальных программ, отдел по охране прав детей г. Астана, суды, прокуратура, полиция и др.

При анализе действующего законодательства РК, которое, согласно ст. 4 Конституции РК, включает нормы Конституции, соответствующих ей законов, иных нормативных актов, международных договорных и иных обязательств Республики, особое значение придавалось анализу норм Конституции, устанавливающих ее высшую юридическую силу и прямое действие. При проведении сравнительного правового анализа учитывался приоритет международных договоров, ратифицированных Республикой.

Исследования проводила мониторинговая группа в составе 5 человек: директора филиалов КМБПЧ в гг. Астана и Павлодар, юристы филиалов КМБПЧ в гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

Лимит наполняемости стационаров психиатрических учреждений указан в таблице (в приложении). В период мониторинга наблюдатели в гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск отмечали превышение лимита койко-мест в некоторых отделениях психиатрических учреждений, что подтверждается сведениями опрошенных 24-х заведующих отделениями.

Представилось нерациональным сравнивать количество пациентов с количеством пациентов стационара, заполнивших анкеты в связи с тем, что: 1) не каждый имел возможность принять уча-

стие в анкетировании в связи с состоянием здоровья, 2) основная масса (одни и те же) пациентов находилась от 1 до 5 месяцев в стационаре в период проведения мониторинга.

Анкетирование пациентов диспансеров, родственников лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) было затруднено тем, что они посещают психиатрические учреждения периодически, и наблюдатели не имели практической возможности постоянно дежурить в больницах для встречи и работы с ними.

В начале реализации проекта были направлены письма-запросы в заинтересованные/ компетентные государственные органы с просьбой предоставления необходимой информации. Практически в каждом из 4-х регионов, где проводился мониторинг, были получены ответы из государственных органов. Между тем, вызвало определенные трудности получение содержательных ответов, к примеру, из психиатрического учреждения в г. Павлодар.

### **1.3. Общие сведения, полученные в период проведения исследований**

**Проведены интервью главных врачей психиатрических учреждений 3-х регионов:** в г. Астана - Нуркатов Е.М., в г. Костанай – Сандыбаева Р.К., в г. Усть-Каменогорск – Власова Н.М. Стаж работы - 14, 28 и 30 лет соответственно.

В функции главного врача психиатрического учреждения согласно информации интервьюируемых входит общее руководство: в г. Астана – деятельностью ПУ, планирование, проведение анализа по результатам лечебно-диагностической, финансово-хозяйственной, кадровой работы; в г. Костанай – всей деятельностью психиатрической службы; в г. Усть-Каменогорск – производственно-хозяйственной и финансовой деятельностью учреждения.

Если в гг. Астана и Усть-Каменогорск анализ состояния работы ПУ проводится ежеквартально, то в г. Костанай – кроме указанных (направляются в Управление здравоохранения), также «ежемесячно, анализируются показатели (качественные и количественные) работы стационара и внебольничные, причем эти отчеты внутри самой больницы». ГУ «МЦППЗ г. Астана» анализирует лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную и кадровую работы, а ГУ «ВК ОПНД» - помимо финансовой деятельности и работы структурных подразделений, еще и обеспечение лекарственными средствами.

Результаты анализа состояния работы ПУ г. Астана отражены в годовом и ежеквартальном отчете; в г. Костанай – «заполняются журналы конференций, совещаний, на которых такой анализ озвучивается, отчеты»; в г. Усть-Каменогорск – в конъюнктурном отчете.

О результатах такого анализа информируется руководство Управлений здравоохранения в 3-х регионах, но не местные органы власти.

Все 3 психиатрических учреждения вносят предложения об улучшении работы ПУ в вышестоящие инстанции. При этом, как пояснил главный врач в г. Костанай, «при предоставлении отчетов в Управление здравоохранения, помимо анализа включаются предложения по совершенствованию работы психиатрической службы».

Оснащением медицинской аппаратурой, инструментарием, медикаментами, хозяйственным инвентарем и оборудованием:

- в г. Астана занимается отдел госзакупок и материально-технической базы Управления здравоохранения г. Астана по заявкам МЦППЗ; определенный список лекарственных средств, хозяйственный инвентарь и оборудование закупается самостоятельно; сбои в финансировании бывают

- в г. Усть-Каменогорск, так же, как и в г. Астана, закуп медицинского оборудования согласно заявки учреждения осуществляется Управлением здравоохранения ВКО путем проведения тендера, но лекарства для стационара, инвентарь закупается самим учреждением;

- в г. Костанай «каждый год в Управление здравоохранения передается индивидуальный план финансирования и из местного бюджета идет финансирование, сюда закладывается и оснащение медицинской аппаратурой и инструментарием, медикаментами и все остальное».

Согласно информации главных врачей, при ПУ организованы следующие советы:

- в г. Астана – 5 советов: совет медицинских сестер, совет по лечебному питанию, кадровый совет (по мере необходимости собирается 1-2 раза в месяц), врачебная контрольная комиссия в составе 3-х врачей (еженедельно): заместителя директора по лечебной работе, заместителя директора по контролю за качеством услуг, заведующей диспансерным отделением), Формулярная комиссия, служба по управлению качеством оказания медицинской помощи, комиссия по разбору летальных исходов, комиссия по рассмотрению жалоб, ОКЭС;

- в г. Костанай – 5 советов: совет заведующих (входят все заведующие отделениями), совет медицинских сестер (старшие медсестры всех отделений), комиссия по внутреннему контролю за качеством оказания медицинской помощи (возглавляет заместитель главного врача по лечебной работе, заведующие отделениями и врачи), комиссия по лечебному питанию, ВКК;

- в г. Усть-Каменогорск – 5 советов: формулярная комиссия, по разбору летальных исходов, по внутрибольничному аудиту, служба по управлению качества медицинской помощи, комиссия по рассмотрению жалоб.

В каждом из 3-х ПУ функционирует психологическая служба. Так в г. Астана в штате 9 психологов (из которых 3 в декретном отпуске), в г. Костанай – 14 (главный врач отметила, что «штата психологов более, чем достаточно»), в г. Усть-Каменогорск – 12. При чем в последних из указанных двух регионов психологи имеют высшее педагогическое образование, а в г. Костанай в дополнение к этому - «постдипломное образование по медицинской психологии и массу специализаций».

В каждом из 3-х регионов в ПУ функционирует служба социальных работников. Однако, не во всех регионах численность этой категории сотрудников ПУ одинаковая. Так, если в г. Костанай 1 социальный работник, то в г. Усть-Каменогорск социальную службу составляет наряду с 1 социальным работником 2 медсестры социальной помощи, а в г. Астана – 4 социальных работника с высшим образованием и 2 медсестры социальной помощи с педагогическим, психологическим образованием. Главный врач МЦППЗ г. Астана сообщил, что «социальная служба заполняет социальную карту, проводит индивидуальное консультирование, групповые тренинги по улучшению отдельных навыков, арттерапию. Количество социальных работников недостаточно» несмотря на то, что число этой категории сотрудников МЦППЗ выше, чем в двух других регионах.

Опрошенные главные врачи отметили, что психологи и психиатры для производства экспертизы/ оказания медицинской помощи выезжают: в г. Астана – в другие ЛПУ, СИЗО, ИВС; в г. Костанай – в СИЗО, ИВС, суды; в г. Усть-Каменогорск – на дом, в медико-социальные учреждения, суды и т.д.

Научные исследования проводятся в ПУ гг. Астана и Усть-Каменогорск. Если в г. Усть-Каменогорск таковые имеют место «в связи с поступлением психотропных препаратов нового поколения», то в г. Астана вместе с указанным – «изучаются социо-культуральные особенности психических расстройств, суицидальные тенденции у пациентов и населения г. Астаны». Для проведения исследований, как подчеркнул главный врач МЦППЗ г. Астана необходимо «получение разрешения у пациентов нашего учреждения, но не требуется ставить в известность управление здравоохранения». Главный врач ГУ «КОПБ» отметила, что «как таковых исследований на сегодняшний день в ПБ не проводится. На базе больницы работает 1 кандидат медицинских наук, в свое время 5 чел. защищали диссертации, последний - в 2000 г.».

Психиатрические учреждения взаимодействуют с разными государственными органами и НПО за исключением того, что в гг. Астана и Костанай сотрудничество имеет место с министерством здравоохранения и Департаментом внутренних дел. Так:

- МЦППЗ г. Астана взаимодействует со следующими органами и лицами: с Комитетом национальной безопасности и его территориальными подразделениями, Департаментом социальных программ г. Астана, Республиканским научно-практическим центром психиатрии, психотерапии и наркологии и другими ПУ РК, Центром Глобального Здоровья Колумбийского Университета, НПО «Надежда», НПО «Жаснур», «The Oomit Corporation», НПО «Право» и «Закон и правосудие», Ассоциацией социальных работников Казахстана, филиалом КМБПЧ и СЗ в г. Астана;

- КОПБ: через Кризисный центр с Ассоциацией деловых женщин Казахстана, с вузами. Есть утвержденный совместный план работы 5-ти министерств: Министерство здравоохранения, Министерство внутренних дел, Министерство образования и науки, Министерство информации и культуры, Министерство обороны и соответственно на местах по данному утвержденному плану работ работают департаменты, управления и их подразделения;

- ВК ОПНД: суд, прокуратура, Центр занятости, областной комитет профсоюза медицинских работников, Центр временной изоляции и реабилитации для взрослых, детей; СЭС, Департамент финансовой полиции, Департамент налоговой инспекции, управление статистики, формальный контроль - Комитет по контролю качества медицинских услуг, Центр «Ульба»; Общество Красного креста и красного полумесяца; Департамент по ЧС, противопожарные инспекции; лечебные учреждения города (Областная больница, 1-ая городская больница, туберкулезный диспансер, наркологический диспансер, кожно-венерологический диспансер, БСМП, Центр крови, Центр ВИЧ-СПИД и т.д.).<sup>49</sup>

Количество врачебного персонала в ПУ согласно штатного расписания в: г. Астана – 87, в г. Костанай – 39, в г. Усть-Каменогорск – 51,5. Если на момент проведения интервью 26.10.09 г. в г. Астана вакантных должностей не было, то в г. Костанай на 30.11.09 г. - имелись (недоукомплектованы 10 врачами; укомплектован на 58 %), как и в г. Усть-Каменогорск на 22.10.09 г. (14). Количество штата среднего медицинского персонала в ПУ г. Астана составляло 168,75 и отсутствовали вакантные должности, в г. Костанай – 144 чел. с полным укомплектованием штата, в г. Усть-

<sup>49</sup> Из интервью главных врачей.

Каменогорск – 98,25 при наличии 5 вакансий. Штат младшего медицинского персонала в ПУ г. Астана установлен 241,25, в г. Костанай 213 чел., в г. Усть-Каменогорск – 165,75 (вакансий нет).<sup>50</sup>

Устные ответы главных врачей входят в противоречие с письменными ответами, полученными из психиатрических учреждений, определяющих неполную укомплектованность кадрами.

Принцип 14 определяет, что психиатрическое учреждение должно иметь доступ к тем же ресурсам, что и любое другое лечебное заведение, включая достаточное количество квалифицированного медицинского персонала и других соответствующих специалистов.<sup>51</sup>

Штатные нормативы медицинского, фармацевтического педагогического персонала и работников кухни психоневрологических диспансеров, отделений, кабинетов установлено Приказом Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 г. № 269.

В ходе мониторинга были опрошены **24 заведующих отделениями** 4-х психиатрических учреждений (в г. Астана - 8, в г. Костанай - 8, в г. Павлодар - 2, в г. Усть-Каменогорск - 6).

Стаж работы большей части опрошенных заведующих отделениями свыше 10 лет работы (22 чел.): 5-6 лет – 2 чел., из них по 1 чел. в г. Астана и Костанай; 10-15 лет – 4 чел., из них по 1 чел. в г. Астана и Костанай, 2 чел. в г. Усть-Каменогорск; 16-20 лет – 4 чел., из них по 2 чел. в г. Астана и Костанай; свыше 20 лет – 14 чел., из них по 4 чел. в г. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск, 2 чел. в г. Павлодар.

В функции заведующего отделением, согласно ответам опрошенных, входит следующее:

*в г. Астана* – «Легче сказать: что не входит. Лечение, контроль всей работы отделения, беседы с родителями», «Лечение больных, контроль», «Руководство работой медперсонала, диагностическая, лечебно-профилактическая работа», «Лечение, диагностика, ведение медицинской документации», «Организация лечебно-диагностической работы», «Организация работы в отделении, составление графика работы, осмотр больных и т.д.», «Лечение, профилактика, реабилитация»;

*в г. Костанай* – «К опроснику приложена должностная инструкция заведующего», «Организация работы отделения, контроль за качеством работы отделений», «Полное осуществление работы отделения, контроль за работой отделения: соблюдение персоналом своих обязанностей, соблюдение прав персонала отделения, соблюдение прав пациентов, своевременный осмотр больных, оказание квалифицированной медицинской помощи в отделении, беседа с родственниками пациентов по всем возникающим вопросам», «Контроль за качеством оказания медицинской помощи, лечебно-диагностической работой, за работой младшего и среднего медицинского персонала, контроль их знаний, повышение уровня знаний», «Очень много: вся лечебная работа, разбор сложных случаев, контроль за соблюдением санитарных норм в отделении, подготовка к научным конференциям; вплоть до работы по 173 приказу (ВКК...)», «Координация работы всего отделения. Разработка плана работы отделения на год, проводить ежедневный обход пациентов, проверять назначения лечащих врачей, взаимодействие со ст. медсестрой, решение проблем отделения. Самое главное – работа с пациентами»;

*в гг. Астана и Костанай* – «Руководство. Организация труда персонала и лечение больных»;

*в г. Усть-Каменогорск* – «Заведование», «Организация оказания медицинской помощи в условиях отделения острых психозов», «Осмотр больных, назначение лечения, координировать работу сотрудников», «Лечебная, диагностическая, организационно-методическая» – 2 чел., «Организация приема, консультация больных, аналитическая работа, организационно-лечебная работа. Систематическое консультирование пациентов, представляемых врачами отделения, как в диспансерном отделении, так и с выходом на дом к пациенту; ежедневное контролирование правильности диагностики и объем лечебно-диагностических мероприятий»;

*в г. Павлодар* – «В соответствии с функциональными обязанностями».

**Был опрошен медицинский персонал – 422 чел.:** в г. Костанай – 158 чел., в г. Астана – 150 чел., в г. Усть-Каменогорск – 94 чел., в г. Павлодар – 20 чел. Из них большая часть:

- **женщин** (356), остальные - 55 мужчин и 11 человек - не указали пол;

- **младший медперсонал** - 227 чел. (Костанай – 97, из них 21 муж., 72 жен., 4 не указали пол; Астана – 78, из них 11 муж. и 67 жен., Усть-Каменогорск – 42, из них 3 муж. и 39 жен., Павлодар – 10, из них 1 муж. и 9 жен.);

- **затем средний медперсонал** - 147 чел. (Костанай - 56 чел., из них 5 муж., 50 жен., 1 чел. не указал пол; Астана - 49 жен., Усть-Каменогорск - 30 жен. и 5 чел. не указали пол, Павлодар - 7 жен.);

- **врачи** - 28 чел. (Астана – 14, из них 5 муж. и 9 жен., Усть-Каменогорск – 10, из них по 5 чел. муж. и жен., Павлодар – 3, из них 1 муж. и 2 жен., Костанай - 1 жен.);

<sup>50</sup> Из интервью главных врачей.

<sup>51</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

- *иные сотрудники* - 20 чел. (Усть-Каменогорск - 7 жен., Астана – 9, из них 2 муж. и 7 жен., Павлодар - 0, Костанай - 4 чел., из них 1 муж., 2 жен., 1 чел. не указал пол);
- **в возрасте** 40-50 лет (131 чел.), далее старше 50 лет (113 чел.), 30-40 лет (112), 25-30 лет (32 чел.), 18-24 года (20 чел.), 15 человек не указали свой возраст;
- **из числа врачей - старше 50 лет** (7 - в г. Астана, 1 - в г. Костанай, 4 - в г. Усть-Каменогорск), далее 30-40 лет (по 3 чел. в гг. Астана и Усть-Каменогорск), 25-30 лет (по 1 в гг. Астана и Усть-Каменогорск, 3 - в г. Павлодар), 40-50 лет (по 2 в гг. Астана и Усть-Каменогорск), 18-24 года (1 - в г. Астана);
- **из среднего медперсонала**<sup>52</sup> - 40-50 лет (51 чел.: 14-21-3-13), затем старше 50 лет (42: 20-11-2-9), 30-40 лет (38: 12-16-0-10), 18-24 года (7: 1-2-2-2), 25-30 лет (7: 1-6-0-0); не указали возраст (2: 1-0-0-1);
- **из числа младшего медперсонала**<sup>53</sup> - 40-50 лет (72 чел.: 26-38-0-8), 30-40 лет (62: 13-30-4-15), старше 50 лет (54: 25-16-4-9), 25-30 лет (15: 6-7-0-2), не указали возраст (12: 6-3-2-1), 18-24 года (12: 2-3-0-7);
- **из иных сотрудников**<sup>54</sup> - 30-40 лет (6 чел.: 0-3-0-3), далее 18-24 года (5: 4-0-0-1), 25-30 лет (5: 3-0-0-2), старше 50 лет (1: 1-0-0-0); 40-50 лет (2: 1-1-0-0); не указали возраст (1: 0-0-0-1);
- **в должностях санитарок/ санитаров** (183: 61-83-6-33), сестер-хозяек (18: 9-5-1-3), ваннщиц/ банщиц (9: 5-0-1-3), буфетчиц (8: 3-0-2-3), раздатчиц (5: 0-5-0-0), труд.инспекторов (4: 0-4-0-0)
- **в должностях медсестры без указания специализации** (105: 27-48-6-24), старших медсестер (9: 5-2-0-2), процедурных медсестер (9: 4-2-1-2), постовых медсестер (8: 2-0-0-6), дежурных медсестер (6: 3-3-0-0), медсестры КФД, физиокабинет (2: 1-0-0-1), участковых медсестер (2: 2-0-0-0), медсестер диспансерного отделения (2: 2-0-0-0), социальной медсестры (1: 1-0-0-0), медсестры хим. (1: 0-1-0-0), главной медсестры (1: 1-0-0-0), медсестры по массажу (1: 1-0-0-0);
- **из числа иных работников:** в г. Астана - 1 архивариус, 1 инспектор отдела кадров, 1 инспектор ГО и ЧС, 1 техник по метрологии, 1 юрист, 1 бухгалтер, 3 социальных работника, в г. Усть-Каменогорск – 1 социальный работник, 4 психолога, 1 логопед, 1 воспитатель, в г. Костанай 4 опрошенных иных работников не указали должности;
- **со средне-специальным** (206 чел., из которых 138: 45-52-7-34 медсестер, 65: 13-39-2-11 из числа младшего медперсонала, 3: 1-1-0-1 иных сотрудников)<sup>55</sup>,
- **далее со средним образованием** (120 чел., из которых 2: 1-1-0-0 медсестры, 116: 47-37-8-24 человек из числа младшего медперсонала и 2: 0-2-0-0 иных работников),<sup>56</sup>
- **высшим** (54 чел., из которых 28: 14-1-3-10 врачей, 5: 1-3-0-1 медсестер, 7: 3-3-0-1 человек из числа младшего медперсонала и 14: 8-0-0-6 иных работников),
- **средне-техническим** (32 чел., из них 1 медсестра в г. Астана, 31: 14-12-0-5 человек из числа младшего медперсонала),
- **неполным средним** (4 санитарки в г. Костанай),
- **неоконченным высшим** (2 чел., из которых по 1 санитарке в гг. Костанай и Усть-Каменогорск),
- **не указали сведения об образовании** (4 чел., из них 1 медсестра в г. Астана, по 1 санитарке в гг. Астана и Костанай, 1 сотрудник без указания должности в г. Костанай из числа иных)
- **стаж врачей в здравоохранении:** свыше 10 лет – 21 чел., до 10 лет – 5 чел.; от 1 года до 3 лет – 4 (1-0-3-0), 3-5 лет – 1 (0-0-0-1), 10-15 лет – 5 (2-0-0-3), 15-20 лет – 1 (1-0-0-0), 20-30 лет – 7 (3-0-0-4), 30-40 лет- 6 (3-1-0-2), свыше 40 лет – 2 (2-0-0-0), не ответили – 2 (2-0-0-0)
- **стаж врачей в психиатрическом учреждении:** свыше 10 лет – 15 чел., до 10 лет – 11 чел.; от 1 года до 3 лет – 5 (2-0-3-0), 3-5 лет – 3 (1-0-0-2), 6-9 лет - 3 (2-0-0-1), 10-14 лет – 7 (4-0-0-3), 15-19 лет – 3 (0-0-0-3), 20-29 лет – 3 (2-0-0-1), свыше 40 лет – 2 (1-1-0-0), не ответили – 2 (2-0-0-0)
- **стаж медсестер в здравоохранении:** свыше 10 лет – 128 чел., до 10 лет – 18 чел.; от 1 года до 3 лет – 5 (0-1-2-2), 3-4 лет – 1 (0-1-0-0), 5-9 лет - 12 (2-7-0-3), 10-14 лет – 19 (7-7-1-4), 15-19 лет – 17 (6-3-1-7), 20-29 лет – 45 (11-24-1-9), 30-40 лет- 47 (23-12-2-10), не ответили – 1 (0-1-0-0)
- **стаж медсестер в психиатрическом учреждении:** свыше 10 лет – 72 чел., до 10 лет – 70 чел.; от 1 года до 3 лет – 26 (3-13-2-8), 3-4 лет – 15 (3-8-0-4), 5-9 лет – 29 (11-13-1-4), 10-14 лет – 32 (10-10-2-10), 15-19 лет – 14 (6-6-0-2), 20-29 лет – 14 (8-1-2-3), 30-40 лет- 12 (6-5-0-1), не ответили – 5 (2-0-0-3)
- **стаж младшего медперсонала в здравоохранении:** до 10 лет – 95 чел., свыше 10 лет – 67 чел.; от 1 года до 3 лет – 37 (12-18-4-3), 3-4 лет – 17 (9-4-1-3), 5-9 лет – 41 (12-18-2-9), 10-14 лет

<sup>52</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: Астана-Костанай-Павлодар-Оскемен.

<sup>53</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: Астана-Костанай-Павлодар-Оскемен.

<sup>54</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: Астана-Костанай-Павлодар-Оскемен.

<sup>55</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: Астана-Костанай-Павлодар-Оскемен.

<sup>56</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: Астана-Костанай-Павлодар-Оскемен.

– 43 (10-20-2-11), 15-19 лет – 17 (6-10-0-1), 20-29 лет – 3 (2-1-0-0), 30-40 лет- 4 (2-1-1-0), не ответили – 65 (25-25-0-15)

- **стаж младшего медперсонала в психиатрическом учреждении:** до 10 лет – 146 чел., свыше 10 лет – 65 чел.; от 1 года до 3 лет – 70 (22-33-4-11), 3-4 лет – 23 (13-6-1-3), 5-9 лет – 53 (18-24-2-9), 10-14 лет – 45 (11-19-3-12), 15-19 лет – 15 (5-9-0-1), 20-29 лет – 4 (2-2-0-0), 30-40 лет- 1 (1-0-0-0), не ответили – 16 (6-4-0-6)

- **стаж иных работников в здравоохранении:** до 10 лет – 11 чел., свыше 15 лет – 3 чел.; от 1 года до 3 лет – 3 (3-0-0), 3-4 лет – 4 (3-0-0-1), 5-9 лет – 4 (0-2-0-2), 15-19 лет – 3 (0-1-0-2), не ответили – 6 (3-1-0-2)

- **стаж иных работников в психиатрическом учреждении:** до 10 лет – 14 чел., свыше 10 лет – 4 чел.; от 1 года до 3 лет – 9 (7-0-0-2), 3-4 лет – 1 (1-0-0-0), 5-9 лет – 4 (0-2-0-2), 10-14 лет – 1 (0-0-0-1), 15-19 лет – 3 (0-1-0-2), не ответили – 2 (1-1-0)

На вопрос о том: **«Каким нормативным правовым актом персонал руководствуется в своей работе?»** получены следующие ответы медицинских и иных работников:

- 48 чел. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» – 12 (3-0-3-6) врачей, 21 (1-12-7-1) медсестер, 12 (0-2-10-0) младший медперсонал, 3 (1-0-0-2) иных сотрудника

- 38 чел. «Конституция РК» – 12 (6-5-0-1) медсестер, 10 (4-5-0-1) младший медперсонал, 8 (6-0-0-2) врачей, 8 (6-0-0-2) иных сотрудников

- 35 чел. Закон РК «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» - 14 (5-7-0-2) медсестер, 10 (6-4-0-0) младший медперсонал, 8 (6-1-0-1) врачей, 3 иных сотрудников ПУ г. Усть-Каменогорск

- 32 чел. «Трудовой кодекс» (КЗОТ, Закон «О труде») – 1 врач, 3 медсестры, 2 чел. из числа младшего медперсонала и 6 иных работников в г. Астана; 7 медсестер, 11 чел. из числа младшего медперсонала, 2 иных работника в г. Усть-Каменогорск

- 8 чел. «Кодекс РК» – 1 врач и 6 медсестер в г. Астана, 1 санитарка в г. Усть-Каменогорск

- 4 чел. «Гражданский кодекс РК» – 2 социальных работника в г. Астана, 1 психолог и 1 социальный работник в г. Оскемен

- 2 чел. «Гражданский процессуальный кодекс РК» - 1 психолог и 1 социальный работник в г. Усть-Каменогорск

- 2 чел. Закон «О браке и семье» - 1 врач и 1 социальный работник в г. Усть-Каменогорск

- 2 чел. Закон «О судебной экспертизе» - 2 психолога в г. Усть-Каменогорск

- 1 чел. Закон «О специальных социальных услугах» - 1 социальный работник в г. Усть-Каменогорск

Каменогорск

- 1 чел. «Уголовный кодекс», «Уголовно-процессуальный кодекс РК» – 1 психолог в г. Усть-Каменогорск

- 178 чел. не ответили на вопрос: 118 (37-62-0-19) младший медперсонал, 50 (14-20-0-16) медсестер, 5 (3-0-0-2) врачей, 5 (0-3-0-2) иных сотрудников

- 54 чел. «Должностные инструкции, внутренние приказы» – 34 (11-9-0-14) младший медперсонал, 18 (0-9-0-9) медсестер, 1 инспектор отдела кадров и 1 техник по метрологии в г. Астана

- 30 чел. «Приказы МЗ РК» – 1 сестра хозяйка, 1 техник по метрологии в г. Астана; 13 медсестер, 14 чел. из числа младшего медперсонала и 1 иной сотрудник без указания должности в г. Костанай

- 27 чел. «Сан пин № 244» – 1 санитарка в г. Астана; 8 медсестер и 6 санитаров в г. Костанай; 12 медсестер в г. Усть-Каменогорск.

- 17 чел. указали ответ «Не знаю» – 1 врач, 2 медсестры, 12 санитаров и 1 ванщица в г. Астана, 1 санитарка в г. Костанай

- 9 чел. «Законы и инструкции РК» – 4 медсестры (3 в г. Астана и 1 в г. Костанай), 4 санитарки (по 2 чел. в гг. Астана и Костанай), 1 инспектор ГО в г. Астана

- 5 чел. «Назначения врача» – 5 медсестер

- 5 чел. «Подчиняюсь сестре хозяйке и старшей медсестре» – 1 буфетчица, 1 ванщица, 3 санитарки в г. Астана

- 3 чел. «Приказ об оказании психотерапевтической помощи» – 1 врач и 2 медсестры в г. Астана

- 3 чел. «Алгоритмы действий» – 3 медсестры в г. Усть-Каменогорск

- 2 чел. «ГОС» – 2 медсестры в г. Астана

- 2 чел. «Приказ №269 Об организации психиатрической помощи населению» – 2 врача в г. Усть-Каменогорск

- 1 чел. «Постановление Правительства РК №668 от 18.06.02 г.» – 1 врач в г. Усть-Каменогорск

- 1 чел. «Приказ МЗ №243 от 12.04.04 г.» – 1 врач в г. Усть-Каменогорск

- 1 чел. «Приказ МЗ РК № 886 от 03.12.03 г.» - 1 врач в г. Усть-Каменогорск

- 1 чел. «Приказ МЗ РК №23 от 25.09.03 г.» – 1 врач в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Приказ МЗ РК «О мерах по улучшению логопедической помощи детям с нарушением речи», «Положение о работе логопедического кабинета» - 1 логопед в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Приказ МЗ РК №407» – 1 психолог в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Приказ МЗ РК № 321» – 1 психолог в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Приказ № 80130103» – 1 медсестра в г. Астана
- 1 чел. – «Правовыми» – 1 медсестра в г. Костанай
- 1 чел. «Приказы УЗ» – 1 инспектор отдела кадров в г. Астана
- 1 чел. «Положение о правах служащих», «Права и обязанности соц.работника в ГУ МЦППЗ» – 1 социальный работник в г. Астана
- 1 чел. «Никакими нормативными актами не пользуемся» – 1 санитарка в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Типовые правила (4 вида)» – 1 социальный работник в г. Усть-Каменогорск
- 1 чел. «Трудовой договор» – 1 санитарка в г. Астана
- 1 чел. «По дезинфекционному режиму» – 1 ванщица в г. Усть-Каменогорск.

**Опрошено 86 адвокатов:** в г. Астана - 35 чел., в г. Костанай – 26, в г. Усть-Каменогорск – 25. Большая часть опрошенных адвокатов:

- мужчины (56 чел.), остальные - 28 женщин и 2 адвоката не указали пол;
- старше 50 лет (27 чел.), затем в возрасте 30-40 лет (24 чел.), далее 40-50 лет (21 чел.), 25-30 лет (12 чел.) и по 1 чел. в возрасте 18-24 года и без указания возраста;
- со стажем от 5 до 10 лет (36 чел.), далее от 1 года до 5 лет (24 чел.), затем более 10 лет (17 чел.), до 1 года (9 чел.).

**Опрошено 39 граждан** (34 родственника, 5 знакомых пациентов): в г. Астана – 3, в г. Усть-Каменогорск – 6, в г. Костанай – 30. Опрошенные: 1 чел. пояснил, что его родственник/ знакомый является инвалидом первой группы, 13 чел. – второй группы, 7 – третьей, 17 чел. – без инвалидности, 1 – не указал ответа; 3 чел. отметили, что их родственник/ знакомый находится в больнице от 1 до 7 дней; 6 чел. – от 7 до 14 дней; 19 чел. – около месяца; 10 чел. – от месяца до трех; 1 чел. – от 3 до 6 мес.

**В анкетировании приняли участие 193 пациента 3-х стационаров:** в г. Астана - 78 чел. (38 м., 40 ж.), в г. Костанай – 73 (35 м., 38 ж.), в г. Усть-Каменогорск – 42 (11 м., 31 ж.). Из них большинство:

- женщин (109), остальные мужчины (84); граждане РК (184), 1 иностранец, 1 лицо без гражданства, 7 человек не ответили; 41-50 лет (50 чел.), старше 50 лет (49 чел.), 31-40 лет (46 чел.), 19-30 лет (40 чел.), 14-18 лет (3 чел.), 6 человек не указали возраст; имеют среднее специальное образование (62 чел.), 54 – среднее, 42 – высшее не юридическое, 20 – неполное среднее, 11- незаконченное высшее, 1 женщина в г. Усть-Каменогорск – высшее юридическое, 3 чел. не указали ответ;

- ответили «не имею инвалидности, не хочу, чтобы мне ее давали» (68 чел.), инвалиды 2 группы (61 чел.), инвалиды 3 группы (28 чел.), ответили «нет, я не признан инвалидом, но хочу, чтобы мне дали инвалидность» (24 чел.), «я прошу дать мне инвалидность, но мне отказывают» (4 чел.), 8 больных не указали ответ; ответили, что они не признаны недееспособными (117 чел.), в то время, как 43 чел. ответили положительно на этот вопрос, 23 – не знают, а 10 чел. не указали ответ;

- бывают в психиатрическом стационаре периодически, когда это необходимо (67 чел.), впервые (50 чел.), во второй раз (24), более 2-х раз (36), не помнят (14 чел.), много (1), не указал ответ 1 чел.

Удалось проанкетировать **34 пациента 2-х диспансеров** в гг. Астана (18 чел.) и Костанай (10 чел.). Из них: 24 мужчины (14 и 10 соответственно) и 9 женщин (4 и 5), 1 чел. в г. Костанай не указал пол; 26 человек (16 и 10) – граждане РК, 8 чел. (2 и 6) не ответили на данный вопрос; по 8 чел. в возрасте 19-30 (4-4) и 41-50 лет (7-1); 6 чел. в возрасте 31-40 лет (1-5); по 5 чел. в возрасте 16-18 лет (0-5) и старше 50 лет (5-0), 2 чел. (1-1) не указали свой возраст; 11 чел. (0-11) отметили, что не признаны инвалидами, но хотят, чтобы им дали инвалидность; 8 чел. (6-2) не являются инвалидами и не хотят признания таковыми; 6 (6-0) инвалидов 2 группы и 5 (3-2) – 3 группы; не указали сведения об инвалидности - 4 (3-1); 23 чел. (12-11) – дееспособные, 2 чел. (2-0) признаны недееспособными, 4 (2-2) не знают, 5 чел. (2-3) не ответили на данный вопрос; по 8 чел. (5-3 и 3-5) имеют неполное среднее и среднее образование, 7 чел. (2-5) – незаконченное высшее, 6 (6-0) – высшее не юридическое, 4 (2-2) – среднее специальное, не ответил 1 чел. в г. Костанай.

Согласно большей части опрошенного медперсонала, **администрация больниц ведет достаточную работу по: защите прав пациента** – 271 чел.: 79-107-20-65.<sup>57</sup> «Нет» - ответили 17

<sup>57</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

чел.: 8-8-0-1, «не знаю» - 8 чел.: 3-2-3-8, не ответили на данный вопрос 119 чел.: 53-41-0-25; **улучшению условий содержания пациентов** – 278 чел.: 88-98-19-73. «Нет» - ответили 23 чел.: 17-6-0-0, не ответили на вопрос 113 чел.: 37-54-1-21; **защите прав сотрудников** – 174 чел.: 63-56-19-36. В то же время «нет» - ответили 129 чел.: 46-48-0-35, не ответили на вопрос 111 чел.: 33-54-1-23; **улучшению условий работы сотрудников** – 184 чел.: 64-62-19-39. В то же время «нет» - ответили 130 чел.: 50-44-0-36, не ответил 101 чел.: 29-52-1-19.

Опрос медперсонала показал наличие следующих трудностей, которые испытывают больницы и сами работники: **гг. Астана, Усть-Каменогорск, Павлодар** - «проблемы медикаментозного обеспечения, отсутствие современных нейролептиков в аптеках при выписке больных на поддерживающую терапию домой»; **гг. Астана, Усть-Каменогорск, Костанай** - «кадровые, организационные», «отсутствие ЛТМ и трудотерапии – психически больные вычеркнуты из современной жизни!», «повысить зарплату; отсутствие выплат за «вредность», «психозомоциональные», «сельские», «ночные», «материальные финансовые трудности», «нехватка врачей, кабинетов, оснащения, оборудования»; **гг. Астана, Костанай** – «трудностей много», «улучшение бытовых условий (ремонт)»; **гг. Костанай, Усть-Каменогорск** – «отсутствует электронная база данных, не хватает телефонных линий»; **г. Астана** – «трудоустройство», «отсутствие условий труда и содержания больных», «канцтовары и другое», «арттерапия, психологические тренинги мало финансируются», «перегруженность, малое количество койко-мест», «трудности администрации известны»; **г. Костанай** – «защита прав сотрудников», «улучшение соц. условий сотрудников (льготный проезд, санитарно-курортное лечение, льготы по уходу на пенсию и др.)», «улучшение условий труда», «нехватка спецодежды», «текучесть кадров», «отсутствие горячей воды в летнее время»; **г. Усть-Каменогорск** – «увеличить площадь здания ПУ»; «нет раздевалки, комнаты для приема пищи и отдыха, душевой для персонала»; «несовершенство актов»; «несоответствие материально-технической базы потребностям службы»; «отсутствие реальной защиты врача при недобровольной госпитализации больного»; «тендерная система ухудшает качество лечения»; «недостаточное количество профессиональной информации».

## 2. Психиатрические учреждения

### 2.1. Здания, помещения

Согласно приложению №1 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»: психиатрическая больница является лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение и социально-трудовую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Помимо лечебно-диагностической работы ПУ выполняет на основе действующих законов по особо установленным правилам экспертные функции. Психиатрическая больница находится в непосредственном ведении городского, областного, республиканского органа здравоохранения.

Во всех регионах ПУ являются государственными учреждениями, финансируются из местного бюджета.

Здания ПУ во всех регионах построены в 1960-70-х гг. Так, здание ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья г. Астана» (далее – ГУ «МЦППЗ г. Астана») построено в 1978 г., находится на территории города и состоит из 6 корпусов, в том числе одного административного. Рядом с ПУ находится здание наркологического диспансера. В г. Костанай ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» (далее по тексту – ГУ «КОПБ») находится в поселке Затобольск Костанайского района, удалена от города на незначительное расстояние (около 10 км.). Здания больницы постройки 1968 г., 5 корпусов, в том числе один административный. Напротив ПУ расположено здание наркологической областной больницы. В г. Усть-Каменогорск ГУ «Восточно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер» (ГУ «ВК ОПНД») расположен на территории города в двух зданиях 1967 и 1984 годов постройки, находящихся в разных районах города, рядом с которыми находятся штрафная стоянка для автомобилей, частные предприятия. ПУ в г. Павлодар с трех сторон граничит в основном с жилыми строениями. С юго-западной стороны современный жилой микрорайон, с многоэтажными домами, юг, юго-восток - больше частный жилой сектор, в северной части автодорога, за которой находится инфекционная больница. К сожалению, год постройки здания ПУ в г. Павлодар не удалось уточнить.

Главные врачи, заведующие отделениями в гг. Астана и Костанай отметили необходимость капитального ремонта лечебных корпусов учреждений. В столичном ПУ капитальный ремонт был проведен только в отделениях №2 и 3 в 2006 г. 200 - коечного корпуса и в 2007 г. в психотуберкулезном отделении.<sup>58</sup> Наблюдателями отмечено, что территория МЦППЗ г. Астана огорожена, мно-

<sup>58</sup> Из интервью главного врача, г. Астана.

го зеленых насаждений, лавки отсутствуют; возле зданий мужских и женских отделений разбита небольшая площадка с 1-2 скамьями, которые в плачевном состоянии; в отдельных местах асфальтовое покрытие, но в основной части земля перерыта в связи с постоянными прорывами водопроводных труб и проведением ремонтных работ компанией «АстанаСуАрнасы», осенью-весной грязно; въезд автотранспорта осуществляется по пропускной системе. Также отмечена необходимость проведения ремонта коммуникаций, подъездных дорог и тротуаров на территории. По программе «Дорожная карта демократического развития Казахстана» на ремонт отделений №4, 5, 6 и благоустройство территорий в 2010 г. выделены средства.<sup>59</sup> В Костанайской больнице капитальный ремонт проводился за 41 год только в одном из 4-х лечебных корпусов - в 2008 г. Между тем ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск нуждаются в улучшении материально-технической базы, орг. техники.<sup>60</sup> В г. Усть-Каменогорск последний капитальный ремонт был проведен в 1997 г. Территория ВК ОПНД огорожена, асфальтовое покрытие, имеется прогулочный двор. Территория, прилегающая к ОПНД в г. Павлодар, огорожена, с большим количеством насаждений, чистая, пешеходные дорожки заасфальтированы, имеются скамейки, вход свободный, въезд автотранспорта по пропускной системе.

В фойе административного корпуса во всех ПУ на стендах размещена информация о профилактике различных заболеваний, уголки здоровья, телефонах доверия. Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи размещен во всех регионах, кроме Павлодара. Ящики для жалоб и предложений имеются в гг. Астана и Костанай. На момент посещения ПУ в г. Астана (23.10.2009 г.) на стендах были размещены законы, утратившие силу - «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О системе здравоохранения». Наблюдателем в г. Усть-Каменогорск отмечено недостаточное количество стендов с информацией о правах пациентов, родственников и адвокатов в фойе, т.е. они практически отсутствуют, поскольку в ПУ недавно закончили ремонт, и ГУ «ВК ОПНД» заказаны новые стенды. В административном корпусе Павлодарского ОПНД для посетителей имеется вся необходимая информация о работе учреждения, о графиках приема врачей, информация из вновь принятого Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», касающаяся прав человека на охрану здоровья. В коридорах имеется достаточное количество диванов кушеточного типа для посетителей. На каждом этаже имеется план эвакуации при пожаре. Помещение административного корпуса светлое, теплое. Однако отмечено, что в туалете для посетителей, расположенном на первом этаже, не имеется внутренней щеколды, в туалете большое окно с видом на улицу и просматриваемое из окна коридора, которое не имеет приспособлений для ограничения видимости извне. Учитывая, что туалет предназначен для пользования не только пациентам ПУ, отсутствие запоров с внутренней стороны, просматриваемость санузла извне, является ограничением в использовании помещения по назначению.

Во всех ПУ, кроме г. Астана, в фойе, в месте доступном для посетителей, есть график приема граждан главным врачом.

Ни в одном из регионов в ПУ нет специальной отведенной комнаты для встреч с адвокатом.

Информация о правилах внутреннего распорядка ПУ в административном корпусе вывешена только в ПУ г. Астана, в г. Усть-Каменогорск вывешена схема обращения пациентов по вопросам о нарушении их прав при медицинском обследовании, в г. Костанай такая информация в административном корпусе отсутствует.

## 2.2. Приемный покой

Согласно приложению № 8 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи», приемное отделение (приемный покой) организуется по принципу санитарного пропускника и состоит из следующих помещений: а) вестибюль - раздевальная; б) смотровая - раздевальная; в) санпропускник для больных; раздевальная; ванна с душем; одевальная; г) кабинет дежурного врача; д) комната дежурного врача; е) комната дежурного персонала; ж) туалет для персонала на 1 унитаз с умывальником в шлюзе; з) туалет для посетителей и больных на 1 унитаз с умывальником в шлюзе; и) помещение для хозяйственного инвентаря; к) помещение для информационно-справочной службы; л) помещение для выписки больных.

В ПУ г. Усть-Каменогорск общая площадь приемного покоя составляет 33,1 кв.м. Приемный покой состоит из помещения для приема граждан, дезинфекционной комнаты и холла (комнаты для ожидания). Три небольшие комнаты одновременно выполняют несколько функций.

Вход в приемный покой ПУ г. Астана производится с улицы, имеется служебный (внутренний) вход, комната приема, куда поступает пациент, а также диспетчерская. При входе в приемный покой размещены информационные стенды с выдержками из Конституции, законов, касающихся

<sup>59</sup> Из интервью главного врача, г. Астана.

<sup>60</sup> Из интервью главного врача, г. Костанай, из интервью главных врачей и опросников заведующих отделениями.

деятельности ПУ, распорядок дня. Также есть ящик для жалоб и предложений. Согласно сведениям сотрудников ПУ, ящик проверяется 1 раз в 2 недели, учет жалоб ведется в журнале регистрации; по результатам рассмотрения жалоб специальной комиссией составляются протоколы, дается ответ в письменном виде. На стене размещен информационный стенд с утратившим силу Законом РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», рядом размещен Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», уголок здоровья. В комнате при входе имеются 2 скамейки. Также в этой комнате есть отдельный кабинет сестры-хозяйки, комната приема пациентов, куда они поступают по направлению врача и где хранятся сильнодействующие препараты, шкаф с антибиотиками, аптечки с лекарствами. Также есть комната, где хранятся медицинские бланки, аптечка первой помощи, холодильник (в котором содержатся растворы).

В комнате приемного покоя психиатрической больницы г. Костанай имеются три стола, три стула, одно большое зарешеченное окно, раковина, кушетка для пациентов, деревянный шкаф, противошоковый шкаф. Уют поддерживается наличием комнатных цветов, на стене - часы, картина. В кабинете холодно, всего +16 С. Здесь же хранится журнал изъятия корреспонденции из ящика (жалобы изымаются комиссией в составе трех человек – главный врач, два врача). В связи с тем, что ящик находится в приемном покое за дверью, нельзя сказать, что он расположен в общедоступном месте.

Ни в одном из учреждений нет раздевалки – вестибюля. В г. Усть-Каменогорск, например, пациенты верхнюю одежду оставляют в холле приемного покоя, а в случае помещения пациента в отделение стационара, то его вещи сразу же доставляют туда.

Также ни в одном из ПУ нет отдельной смотровой раздевалки: пациентов осматривают в кабинете приема или в холле.

Как таковой санпропускник в ПУ г. Астана и Костанай отсутствует. Пациенты, которых госпитализируют, проходят санитарную обработку. В г. Усть-Каменогорск функции санпропускника выполняет дезинфекционная комната. В комнате находится ванна, имеется горячая и холодная вода. В случае отключения воды используется кипятильник. Рядом с ванной стоит специальный таз для мытья ног поступающим больным. Помещение обогревается батареей (типа «гармошка»). В комнате 1 окно без решетки. На подоконнике выставлены емкости с дезинфицирующим средством для обработки ножниц, ветоши, ванны. Рядом находится емкость для измерения дезинфицирующего средства, электрическая плитка, используемая для кипячения мочалок и приготовления мыльно-содового раствора; емкость для разведения 5% уксусной кислоты, уксусная кислота и дистиллированная вода, педикулезная укладка, емкости для разведения противопедикулезного раствора, мензурка для обработки головного и лобкового педикулеза, укладка для ртутьсодержащих приборов, мешки (матерчатые и клеенчатые) для прожарки в дез. камере, мочалки чистые, ветошь. На стене висит специальная одежда для обработки больных педикулезом (2 халата и фартук), имеется специальное ведро для сжигания волос. В комнате для измерения веса пациентов установлены весы, но на момент посещения весы находились в нерабочем состоянии. В углу комнаты - закрывающийся на ключ шкаф, в котором - чистое белье, полотенца, пижамы, чистые ножницы, станки для бритья, расчески, лупа, используемая для обнаружения чесоточных ходов.

В ПУ г. Астана и Костанай для хранения инвентаря есть специально отведенное помещение, которого нет в ПУ г. Усть-Каменогорск (хоз.инвентарь расположен в дезинфекционной комнате в специальной тумбочке).

## **2.3. Отделения стационара**

### **2.3.1. Отделения, площадь палат**

Согласно приложению № 8 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи» общепсихиатрические отделения принимают больных по территориальному принципу, т.е. больных, проживающих в закрепленных за данным отделением районах.

Специализированные отделения (соматогериатрическое, туберкулезное, экспертное и т.п.) принимают больных только по своему профилю. Все отделения могут делиться на мужские и женские.

В ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья» 7 стационарных отделений, в ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» - 8, в ГУ «Восточно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер» – 5. Дневной стационар функционирует в гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск, как и диспансер – в каждом из указанных трех регионов.

*В ПУ г. Астана имеются следующие отделения:*

- первое детское отделение, рассчитано на 30 койко-место, в отделении проходят лечение дети в возрасте от 4 до 15 лет с психическими нарушениями (психозы, расстройство личности и др.);

- второе психосоматическое отделение – лимит наполнения - 50 койко-мест. В данном отделении находятся пациенты с невротическими, психосоматическими и органическими расстройствами;

- третье мужское отделение с блоком первичного психического эпизода – лимит составляет 60 койко-мест (до 13.04.09 г. лимит составлял 40 койко-мест), проходят лечение пациенты - мужчины с психическими заболеваниями, с эндогенными болезнями - около 60 % пациентов, на втором месте пациенты с органическими заболеваниями;

- четвертое мужское отделение – острое мужское беспокойное отделение, рассчитано на 60 койко-мест;

- пятое отделение – отделение рассчитано на 60 койко-мест, предназначено для «острых» больных-женщин;

- шестое женское отделение общих психозов - лимит отделения - 60 человек, категория пациентов - больные женщины с острыми, тяжелыми психическими расстройствами;

- седьмое отделение психотуберкулезное – отделение для больных туберкулезом и психическими расстройствами, рассчитано на 45 койко-мест;

- дневной стационар рассчитан на 50 койко-мест;

- диспансер.

*В ПУ г. Костанай имеются следующие отделения:*

- первое и второе женские общепсихиатрические отделения – рассчитаны каждое на 70 койко-мест, служат для стационарного лечения больных, различных форм психических расстройств (в том числе – шизофрения, психозы и другие виды психических расстройств), кроме того, в первом отделении проходят экспертизы призывники.

- третье и четвертое мужские общепсихиатрические отделения - каждое из отделений рассчитано на 90 койко-мест, лечение проходят эндогенные больные: шизофрения, отделение хроников с распадом личности.

- пятое отделение - неврозов и психосоматических заболеваний - лимит - всего 30 койко-мест, проходят лечение пациенты с пограничными состояниями, т.е. люди, не являющиеся психически больными (неврозы, депрессии, психосоматические заболевания).

- шестое детско-подростковое отделение - рассчитано на 30 койко-мест, в отделении на лечении находятся дети до 15 лет с нарушениями в психическом развитии, так же дети, проходящие школьную экспертизу.

- седьмое отделение интенсивной терапии и психозов мужское - пациенты с острыми психозами, чаще всего это алкогольные психозы, так же здесь проходят трудовую и военную экспертизу, отделение рассчитано на 60 койко- мест.

- восьмое отделение смешанного типа для психически больных, страдающих туберкулезом — пациенты с психическими расстройствами, страдающие различными формами туберкулеза.

Руководство ГУ «Павлодарский психоневрологический диспансер», к сожалению, после проведения мониторинга в течение одного месяца отказало наблюдателю Павлодарской области в доступе в ПУ. Удалось осмотреть только третье женское отделение. На письменный запрос ответа не последовало, в связи с чем мы располагаем информацией, размещенной на сайте Управления здравоохранения Павлодарской области.<sup>61</sup> Стационар диспансера рассчитан на 550 коек, с дневным стационаром на 100 коек, из них - 50 детских. Имеется 4 мужских отделения, 3 женских, психотуберкулезное отделение, общепсихиатрическое, детское отделение; клиничко- биохимическая лаборатория, центральная стерилизационная лаборатория, а также административно- хозяйственные отделы. Врачи- психиатры проводят врачебно-консультативную, военно-врачебную, судебно-психиатрическую, трудовую (совместно с ОМСЭ) экспертизы. Работают в составе приписных и призывных комиссий военных комиссариатов области. Третье женское отделение рассчитано на 60 койко-мест. Категория пациентов - женщины с 15 летнего возраста и без ограничений возраста, с острыми и хроническими психическими расстройствами. На стационарное лечение госпитализируют только с согласия пациентов или их родственников, представителей. Принудительное помещение в стационар - только по решению комиссии и только в отношении пациентов, представляющих опасность для себя и окружающих.<sup>62</sup>

*В ПУ г. Усть-Каменогорск имеются следующие отделения:*

- первое отделение, в котором проходят лечение женщины, поступившие по направлению участкового психиатра, лимит отделения 75 (при наполняемости до 85) койко-мест;

<sup>61</sup> Веб-сайт управления здравоохранения Павлодарской области <http://depzdrav.gov.kz/hospitals/PPND/>

<sup>62</sup> По данным заведующей отделением №3 «ОПНД» г. Павлодар.

- во втором отделении содержатся мужчины, поступившие по направлению участкового психиатра, отделение рассчитано на 60 (при наполняемости до 64) койко-мест;
- третье отделение – лимит 60 (при наполняемости до 64) койко-мест, категория пациентов: мужчины, поступившие по направлению участкового психиатра, или доставленные специальной скорой медицинской помощью;
- четвертое отделение психотерапевтическое, на лечении в котором находятся пациенты с пограничными расстройствами, отделение рассчитано на 45 койко-мест;
- в пятое отделение принимаются дети в возрасте от 4 до 15 лет по направлению психиатра, лимит отделения - 45 койко-мест;
- в дневном стационаре проходят лечение пациенты с психическими расстройствами, состоящие на учете и имеющие инвалидность (или находящиеся на обследовании перед МСЭК). Дневной стационар рассчитан на 50 человек, 5 койко-мест;
- диспансер предназначен для диагностики, лечебно-консультативной работы с пациентами в амбулаторных условиях.<sup>63</sup>

В каждом отделении ПУ г. Костанай в доступном (видном) месте вывешен распорядок дня на двух языках, соответственно пациенты могут с ним ознакомиться. В ПУ г. Астана распорядок дня вывешен во всех отделениях, но только на одном языке – государственном.<sup>64</sup> В ПУ г. Усть-Каменогорск распорядок дня имеется во всех отделениях. В части отделений распорядок дня находится на столе у постовых и старших медсестер (по причине недавно завершеного ремонта), в отдельных отделениях - вывешен не только на стенде, но и в каждой палате.

Эффективность и успешность лечебного и реабилитационного процессов отчасти зависят от площади отделения. Небольшой размер отделений по количеству койко-мест, позволяет более качественно организовать лечебный процесс, обеспечить больше внимания каждому пациенту, снизить количество конфликтных ситуаций и создать для пациента более благоприятную, приближенную к домашней среде, способствующую скорейшему выздоровлению.

В ПУ гг. Астана и Костанай в некоторых отделениях количество пациентов, находящихся на лечении, превышало установленное количество койко-мест. Так в ПУ г. Астана в 3-м и 4-м мужских отделениях, рассчитанных на 60 койко-мест, находилось 73 и 78 пациентов, соответственно. На вопрос: куда размещают пациентов, если их больше, чем койко-мест, сопровождающий медицинский персонал сообщил, что в палаты доставляются койки, кушетки. В ПУ г. Костанай в 1-м и 2-м женских отделениях, рассчитанных на 70 койко-мест, числилось 72 и 79 пациентов; за 3-м и 4-м мужскими отделениями с лимитом 90 койко-мест, числилось 92 и 94 человека, за 5-м отделением - 36 человек при лимите - 30 койко-мест. В некоторых отделениях в связи с превышением лимита наполняемости отделения, медперсонал доставлял кровати в палаты, а в ПУ г. Астана наблюдатели отметили, что кровати в отделениях № 5, 6 для пациентов располагаются в коридоре, что является недопустимым.

В г. Усть-Каменогорск подобной ситуации не отмечено. Так пациентов, за исключением первого отделения, значительно меньше установленного лимита койко-мест. Исключение составляет тот факт, когда при проведении 29.12.2009 г. опроса заведующий первым отделением указал, что при лимите наполняемости 75 койко-мест содержалось 79 пациентов.

В палатах ПУ г. Астана размещаются от 3 до 17 чел., в ПУ г. Костанай - от 4 до 18 чел., в г. Павлодар от 6 до 12 пациентов (в 3-м отделении), в ПУ г. Усть-Каменогорск - от 2 до 13 пациентов.

Согласно приложению № 8 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»: «...в каждой секции отделений должны быть палаты на 1-4-6 коек ... В каждой секции, кроме больших палат (на 4-6 больных), должно быть не менее двух однокочных палат для изоляции больных по соматическим показаниям или для содержания больных, по своему психическому состоянию стремящихся к изоляции от большого коллектива, и которым это может быть разрешено по показаниям».

Права пациентов ПУ на уединение закреплено в международных документах, например, согласно Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, принятым Генеральной Ассамблеей резолюцией 46/119 от 17.12.1991 г.: *«любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право на уединение»*.

Однако, **во всех регионах, где удалось провести полный мониторинг, отсутствуют такие однокочные палаты, и пациенты практически лишены права на уединение, учитывая переполненность некоторых отделений.** В ПУ г. Астана только в отделении №2 есть одна палата, которая разделена на две комнаты, в одной из которых 2 кровати, во второй - 1 кровать. В ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск таких палат нет.

Согласно ответам ПУ, площадь палатных помещений составляет: в ПУ г. Астана - 2555 кв.м., в ПУ г. Костанай - 7063,6 кв.м., в ПУ г. Усть-Каменогорск - 1595,4 кв.м. На одного пациента в ПУ г.

<sup>63</sup> Из свода карт наблюдения, г. Усть-Каменогорск.

<sup>64</sup> Из свода карт наблюдения, г. Астана.

Астана приходится 7 кв.м., ПУ г. Костанай - 6 кв.м., в ПУ г. Усть-Каменогорск - 4,38 кв.м., в психотерапевтическом отделении - 3,5 кв.м., ПУ в г. Павлодар ответ не предоставило.

Фактически, согласно замерам, которые были проведены в ходе мониторинга, площадь на одно койко-место в палате в ПУ г. Астана колеблется от 10,26 кв. м. на койко – место до 2,09 кв. м. При этом самая маленькая палата (по квадратуре на койко-место) №3 в 5-м отделении, при размерах палаты 512 x 573см, в ней 14 койко-мест, а самая большая палата №1 во 2-м отделении – при размерах 345 x 595 см - всего 2 койки.

В ПУ г. Костанай и г. Усть-Каменогорск – от 1,64 кв.м. (палаты №2, 3 3-го отделения при размерах палаты 28 кв.м. - 17 койко-мест) до 5,5 кв.м. (палата №5 в 1-м отделении: на 22 кв. м. 4 койко-места), от 1,83 (в палате №6, в 3-м отделении, с квадратурой в 11 кв.м. размещено 6 койко-мест) до 6,2 кв.м. (в палате № 10 в 5-м отделении при квадратуре 18,5 кв.м. размещено всего 3 койки), соответственно.<sup>65</sup>

В детских отделениях гг. Астана и Костанай в среднем на одного ребенка в палате приходится 3,24 и 3,35 кв.м. соответственно, а в ПУ г. Усть-Каменогорск - 4 кв.м. В женских отделениях ПУ трех указанных регионов в среднем на пациента рассчитано 2,65, 2,91 и 3,82 кв.м., соответственно. В мужских отделениях: в ПУ г. Астана - 3,07 кв.м., в ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск – 2,91 и 3,41 кв.м. Причем в ПУ г. Астана в самой маленькой палате на пациента приходится 2,58 кв.м., в г. Усть-Каменогорск - 2,9 кв.м., в г. Костанай - 1,64 кв.м.

В каждом отделении, за исключением отделений неврозов и детского отделения в г. Усть-Каменогорск, имеются наблюдательные палаты. В ПУ г. Усть-Каменогорск отмечено: детей по прибытию в отделение помещают в изолятор для прохождения обследования и сдачи анализов. Наблюдательные палаты, как правило, во всех отделениях большие: в ПУ г. Усть-Каменогорск наблюдательные палаты рассчитаны на 11, 13 человек; в ПУ г. Костанай - на 12, 17 и 18 человек; в ПУ г. Астана - на 6, 14, 18, 19 пациентов, а также есть маленькая наблюдательная палата с вывеской «изолятор», рассчитанная на 3 человека, где находятся пациенты, которые якобы не способны самостоятельно за собой ухаживать. В ходе посещения в изолятор дополнительно была помещена одна пациентка в возбужденном состоянии и пыталась выйти из изолятора, но ей было запрещено. В ходе подготовки настоящего доклада данное помещение уже не использовалось как изолятор, вывеска «изолятор» снята, пациенты размещены в другие палаты. Есть основание полагать, что в некоторых отделениях сохраняется практика, когда вновь поступившие пациенты, вне зависимости от тяжести своего состояния, помещаются в наблюдательные палаты.

В г. Усть-Каменогорск изолятор имеется в двух отделениях: в женском отделении №1 изолятор (бокс) размером 12 кв.м., размеры окна 1,71 x 2,03, 1 кровать, 2 тумбочки, туалет и ванная комната, дверь закрывается только снаружи; в отделении №3 площадью 10 кв.м., размеры окна 1,71 x 2,03, 2 разобранные кровати, в углу раковина (горячая и холодная вода).

### 2.3.2. Оборудование палат детских отделений

Палаты в детском отделении ПУ г. Астана оборудованы деревянными тумбочками, в одной палате 1 тумбочка используется на двоих детей, в других палатах на 1 тумбочку приходится до 7 койко-мест. В ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск в палатах прикроватные тумбочки отсутствуют. Кровати в детском отделении ПУ г. Астана деревянные и металлические, в г. Костанай – деревянные, в г. Усть-Каменогорск – новые металлические кровати.

В целом во всех детских отделениях температура комфортная. В ПУ г. Астана отопление по всему отделению централизованное, которое врачи могут регулировать. Все окна в детских отделениях ПУ 3-х регионов зарешечены за исключением одной палаты в ПУ г. Усть-Каменогорск.

Между тем, согласно приложению № 8 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. №269: «Установка решеток допускается только в курительных туалетных комнатах, а также в отделениях, палатах для лечения наркологических больных».

Освещение во всех детских палатах достаточное, как и размеры окон. В г. Костанай в палатах ночное освещение отсутствует: на ночь медицинский персонал оставляет свет в коридоре. В ПУ г. Усть-Каменогорск наблюдатель отметила наличие ночного освещения.

Постельные принадлежности во всех регионах в достаточном количестве. Как сообщил медперсонал, меняют постельное белье 1 раз в неделю, при необходимости чаще. В г. Костанай наблюдатель отметила, что постельное белье чистое, но изношенное.

Санитарные узлы в детских отделениях, как и в других, расположены в коридоре. В детском отделении ПУ г. Астана на 31 койко-место 2 санитарных узла и 1 умывальник. В ПУ г. Костанай 2 санитарных узла на 30 койко-мест. В ПУ г. Усть-Каменогорск на 45 койко-мест 2 туалетные комнаты (одна для девочек, другая для мальчиков). В туалет дети могут ходить только по одному в любое время. В ПУ г. Астана наблюдателям сообщили, что дети ходят в туалет самостоятельно либо

<sup>65</sup> Было рассчитано на основании свода карт наблюдений гг. Костанай, Усть-Каменогорск.

в сопровождении медперсонала. В ПУ г. Усть-Каменогорск было отмечено, что пациенты имеют доступ к санитарным узлам круглосуточно.

В каждом осмотренном детском отделении оборудованы ваннные комнаты, на момент мониторинга имелась холодная и горячая вода. В ПУ гг. Астана и Костанай ваннные комнаты оборудованы душем и ванной. В г. Костанай наблюдатель отметила, что все санитарное оборудование чистое, но устаревшее. В ПУ г. Усть-Каменогорск 1 ванная комната, оборудованная двумя ваннами, в комнате зарешеченное окно, которое ничем не занавешено и не затемнено. Купает детей ваннщица 1 раз в неделю, при необходимости чаще.

Наблюдатели в гг. Астана и Костанай отметили, что в отделении чисто, уютно, имеются цветы. В ПУ г. Костанай мебель в отделении устаревшая и требует замены.

Согласно приложению № 8 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. № 269 в детском и подростковом отделениях должны быть оборудованные классными досками, столами или партами классы для занятий.

В ПУ г. Костанай имеется отдельный класс со столами для занятий, но доски нет, четыре стола деревянных, стулья, стеллажи уставлены поделками пациентов. Дети лепят из пластилина, рисуют, собирают пазлы, играют с преподавателями в шашки, шахматы. На стеллажах живые и искусственные цветы, счеты, баян, на котором играет один из преподавателей. В комнате есть старенький магнитофон, который был принесен одним из пациентов.

В ПУ г. Астана как класс используется игровая комната, которая оборудована видеотехникой: телевизором, видеомагнитофоном и видеокассетами; имеется 6 парт, ширма для кукольного театра, шкаф с учебниками, игрушки, учебная доска. Больницу посещают учителя средней школы № 32, за которой закреплена больница.

В ПУ г. Усть-Каменогорск оборудовано 2 учебных класса. Данные кабинеты являются филиалом областной специализированной школы-интерната для детей-сирот. Обучение детей проводится по программе вспомогательной школы (коррекционная программа). В школьных классах детского отделения в основном обучаются дети с диагнозом легкая и умеренная умственная отсталость, поэтому разработан специальный учебный план, дети обучаются по программе общеобразовательной школы, по программе для детей с задержкой психического развития (ЗПР) и по программе вспомогательной школы.

В каждом из детских отделений оборудованы игровые комнаты. В ПУ г. Усть-Каменогорск 3 игровые комнаты; в г. Астана игровая комната одновременно является классом; в ПУ г. Костанай в игровой комнате имеется пара лавочек, телевизор. В ПУ г. Усть-Каменогорск: в одной игровой комнате установлен DVD проигрыватель с телевизором, шкаф с книгами и игрушками; во второй игровой комнате имеются 3 стола и полка с игрушками. Окна в игровых комнатах и классах зарешечены. Во всех детских отделениях была отмечена нехватка детских игрушек, книг.

### 2.3.3. Оборудование палат женских отделений

Палаты в женских отделениях оборудованы как металлическими, так и деревянными кроватями. В ПУ г. Астана в женских палатах частично имеются тумбочки для хранения личных вещей: в отдельных палатах 1 тумбочка приходится на 2 человека, а в некоторых палатах на 14 койко-мест всего 2 прикроватные тумбочки. В женском отделении ПУ г. Усть-Каменогорск во всех палатах, кроме палаты №2 (наблюдательной) имеются деревянные прикроватные тумбы из расчета не менее 1 тумбочки на 2 пациенток; кровати во всех отделениях железные, панцирные. В отделениях г. Костанай наблюдатели не отметили наличия прикроватных тумбочек.

В ПУ г. Астана из 16 палат (в 2 женских отделениях), только в 6-ти окна не зарешечены. В ПУ гг. Костанай, Усть-Каменогорск и Павлодар во всех палатах на окнах решетки.

Согласно приложению № 8 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. № 269: «В лечебных отделениях должны быть светильники со сплошными рассеивателями, розетки и выключатели располагаются в коридорах. В палатах должны быть установлены лампы синего света для ночного освещения».

Во всех отделениях 3-х регионов освещение достаточное (за исключением отдельных женских палатах ПУ г. Астана). Так, «на момент проведения мониторинга в отделении №5 в первой палате из двух лампочек работала только одна, во второй, третьей и четвертой палатах из 4-х лампочек работали только 2, в пятой и шестой палате из 6-ти лампочек работали только 2. В отделении №6 в первой палате - 4 люстры по 3 лампочки в каждой, но горит только одна. В отделении №5 в маленькой наблюдательной палате с вывеской «изолятор», где на момент посещения находились 3 пациентки, окна отсутствуют. Такие условия нельзя расценивать как уважающие человеческое достоинство».<sup>66</sup>

В ПУ г. Астана и отделении №2 ПУ г. Костанай пациенты не могут самостоятельно проветривать помещение, на это уполномочен только медицинский персонал, в ПУ г. Павлодар и отделении

<sup>66</sup> Из свода карт наблюдений, г. Астана.

№1 ПУ г. Костанай пациенты могут самостоятельно открывать форточки и проветривать палаты. В ПУ г. Усть-Каменогорск пациентки могут самостоятельно немного приоткрывать окна для проветривания.

Ночное освещение в ПУ г. Астана, отделении №1 ПУ г. Костанай и в г. Павлодар отсутствует. Ночью палаты освещаются из коридора, в котором свет не выключают, а двери в палатах отсутствуют. Между тем в ПУ г. Усть-Каменогорск и в отделении №2 ПУ г. Костанай ночное освещение оборудовано в каждой палате, что позволяет обеспечить большую безопасность для пациентов, не нарушая при этом полноценный сон.

Постельные принадлежности есть у каждого пациента. В ПУ г. Павлодар постельное белье светлых расцветок, меняется раз в неделю. В ПУ г. Астана сообщили, что постельное белье меняют 1 раз в 10 дней. В ПУ г. Астана и в отделении №1 г. Костанай на вид постельные принадлежности чистые, но застиранные.

Во всех регионах наблюдатели отметили, что в палатах тепло,<sup>67</sup> кроме отделения №1 ПУ г. Костанай, в котором достаточно холодно. Например, в процедурном кабинете градусник показывал 15 градусов. В палатах чуть теплее, градусники не установлены. После визита в первое отделение – этот недостаток был отмечен для и.о. главного врача, он сообщил, что знает об этой проблеме и ведет активную переписку с котельной, которая их обслуживает, но пока результата нет.<sup>68</sup>

Во всех отделениях санитарные узлы расположены в коридоре. В ПУ г. Павлодар на отделение в 60 койко-мест один санитарный узел с тремя унитазами, которые между собой не огорожены.<sup>69</sup> В ПУ г. Астана 2 унитаза на 60 койко-мест, кроме того, в этих отделениях количество пациентов превышает установленный лимит. Доступ к санитарным узлам возможен в любое время; в основном пациенты могут самостоятельно посещать туалет, кроме пациентов из наблюдательной палаты, которых сопровождает медицинский персонал. В ПУ г. Костанай на 70 койко-мест на первом этаже 2 санитарных узла, на втором этаже 3 санузла: 1 мужской – оборудован двумя унитазами, женский – 1 унитаз, служебный туалет оборудован унитазом, раковиной и стиральной машиной. В отделении №2 на аналогичный лимит пациентов 1 санитарный узел, который оборудован 4 унитазами и 1 биде. В двери имеются отверстия для наблюдения за пациентами.

В ваннных комнатах ПУ есть холодная и горячая вода. В ПУ г. Павлодар 2 ванны, в ПУ г. Астана 1 ванна, душ отсутствует. В ПУ г. Костанай на первом этаже в ванной комнате 2 ванны, раковина, на втором этаже – 1 ванна, оборудованная душем и раковиной. В ПУ г. Усть-Каменогорск - 2 ванны. Помывка пациенток производится 1 раз в неделю.

В целом наблюдатели отметили, что в женских отделениях чисто и уютно. В ПУ г. Астана и Костанай отмечено наличие цветов. В г. Костанай на стенах размещены картины. В отделении №2 был проведен капитальный ремонт, в отделении - новая мебель, светло, очень уютно.

#### **2.3.4. Оборудование палат мужских отделений**

Мужские отделения ПУ г. Астана и Усть-Каменогорск оборудованы металлическими кроватями, в ПУ г. Костанай - металлическими и деревянными кроватями с сеткой. В ПУ г. Астана наблюдатели отметили, что кровати в палатах расположены близко друг к другу, некоторые вплотную по две, и, возможно, пациентам тесно. В ПУ г. Усть-Каменогорск прикроватные тумбы имеются практически во всех палатах (за исключением 2-х), в ПУ г. Астана количество тумбочек не совпадает с числом пациентов; во всех палатах окна зарешечены. В ПУ г. Астана и Костанай пациенты ни в одной палате не могут самостоятельно открывать окна, на это уполномочен только медицинский персонал.

В ПУ г. Костанай и Усть-Каменогорск наблюдатели отметили, что освещение достаточное, в ПУ г. Астана в некоторых палатах имелись не все лампочки, а лишь половина, во многих палатах - свет тусклый. Только в ПУ г. Усть-Каменогорск все палаты оборудованы ночным освещением. В ПУ г. Костанай – частично, в г. Астана половина лампочек ночного освещения вышли из строя.

Постельными принадлежностями обеспечен каждый пациент. В ПУ г. Костанай наблюдатель отметила, что белье чистое, но застиранное. Наблюдателем в ПУ г. Астана отмечено, что в отделении №4 на момент посещения постельные принадлежности у отдельных пациентов были - грязные, серые.

Санитарные узлы расположены в коридорах отделения. В ПУ г. Костанай на 90 койко-мест в отделении - 2 санитарные комнаты, в каждой - 2 унитаза, и в связи с недостатком унитазов утром наблюдается очередь. Такое же количество унитазов в 2-х мужских отделениях ПУ г. Астана, рассчитанных на 60 койко-мест (хотя в отделениях на момент посещения находилось пациентов больше установленного лимита 71 и 73 пациента). Наблюдатели отметили, что в 3-м мужском отделении внешний вид санитарных узлов - неудовлетворительный, в 4-м отделении - окна в туалете

<sup>67</sup> Из свода карт наблюдений гг. Астана, Павлодар, Усть-Каменогорск.

<sup>68</sup> Из свода карт наблюдений, г. Костанай.

<sup>69</sup> Из карты наблюдения, г. Павлодар.

забиты деревом. В г. Костанай в дверях санитарных узлов имеются наблюдательные отверстия, в ПУ г. Астана – для наблюдения дверь санитарной комнаты срезана наполовину. Некоторые пациенты самостоятельно могут посещать санитарные комнаты, некоторые (беспокойные, из наблюдательных палат) в сопровождении медицинского персонала.

Во всех отделениях есть холодная и горячая вода. В ПУ г. Костанай в 3-м отделении на 90 койко-мест – 1 ванная; умывальная комната, оборудованная 2-мя раковинами; в 4-м мужском отделении - 2 ванны. В ПУ гг. Астана и Усть-Каменогорск на 60 койко-мест оборудована ванная комната с 2-мя ваннами.

В ПУ г. Астана в ванной комнате стойкий, неприятный запах; медицинский персонал сообщил наблюдателю, что пациентов купают 1 раз в 10 дней. В ПУ г. Усть-Каменогорск наблюдатель отметила, что в ванной комнате чисто, отсутствует запах сырости. В помещении имеется 1 окно, затемненное и ничем не занавешенное.

Наблюдатели в г. Астана отметили, что в мужских отделениях неуютно, линолеум сильно изношен и требует замены. Такая же ситуация с покрытием пола в ПУ г. Костанай, особенно в мужском отделении №3. Кроме того, в этом отделении постоянный неприятный запах во всех помещениях. На стенах размещены картины, есть живые цветы, но отделение требует срочного ремонта, и все усилия медицинского персонала по созданию уюта сводятся на нет. Немного лучше ситуация в мужском отделении №4 – благодаря стараниям медицинского персонала и заведующей отделением: в отделении несмотря на то, что капитальный ремонт ни разу проведен не был, уютно, косметический ремонт работники отделения проводят самостоятельно. В ПУ г. Астана отмечена необходимость капитального ремонта, в мужских отделениях какой-либо уют не наблюдался, сыро.

Пол во всех палатах ПУ гг. Астана, Усть-Каменогорск покрыт линолеумом. При этом в г. Астана в отделениях №3-6 линолеум значительно изношен. В отделениях ПУ г. Костанай в некоторых палатах пол деревянный, крашенный, в некоторых застелен линолеум, в мужских отделениях линолеум так же значительно изношен.

**На основании увиденного можно сделать вывод, что многие отделения, особенно мужские, в ПУ гг. Астана и Костанай остро нуждаются в проведении капитального ремонта. Проблемой стационарной медицинской помощи, требующей первостепенного решения, является недостаточное обеспечение пациентов санитарно-техническим оборудованием. Пациенты испытывают неудобства, связанные с недостатком туалетов, душей и умывальников. На практике больные лишены условий уединения при отправлении физиологических потребностей, не могут регулярно принимать душ. Отметим, что для пациентов, страдающих психическими расстройствами, пребывание в не обустроенных санитарно-техническим оборудованием отделениях зачастую превращается в серьезную психологическую проблему, учитывая нахождение многих из них в стационаре продолжительное время.**

В ходе проведения мониторинга было опрошено 193 пациента стационара в ПУ гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск (78-73-42 чел., соответственно) и 34 пациента диспансера гг. Астана, Костанай (18-16). Согласно полученным данным 56,3% пациентов (128 чел.: 70-47-11)<sup>70</sup> имели возможность посещать душ/ ванную 1 раз в неделю. Всего 5,2% респондентов (12 чел.: 5-6-1) отметили, что могут посещать душ ежедневно, а 7 % (16 чел.: 0-15-1) - по желанию; столько же пациентов сообщили, что душ принимают дома (16 чел.: 0-2-14). 3 % пациентов сообщили, что могли принять душ только 1 раз в месяц (7 чел.: 5-1-1). 1 пациентка в ПУ г. Усть-Каменогорск отметила, что душ постоянно сломан, и в этой связи она очень редко может им воспользоваться и принять душ/ванну.<sup>71</sup>

**Очевидно, что для изменения ситуации нужны достаточные капиталовложения, капитальный ремонт всей системы водоснабжения и канализации, что не может себе позволить ни одна больница, находящаяся на скудном государственном финансировании. Подобные условия унижают достоинство человека и не могут быть признаны приемлемыми.**

### 2.3.5. Столовые

В большинстве отделений столовые размещаются в отдельных комнатах и являются приспособленными для приема пищи помещениями. Тем не менее, в нескольких отделениях отсутствуют отдельные помещения для столовых, и столы установлены в коридорах (отделения №2, 3 ПУ г. Усть-Каменогорск). В отделении №3 ПУ г. Астана столовая расположена в 5-7 метрах от санитарного узла для пациентов и со стороны коридора ничем не огорожена.

Практически во всех столовых пациенты питаются в два, три «захода», т.к. помещения столовой не позволяют помещать одновременно всех пациентов.

Согласно приложению №8 к Приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13.05. 1998 г. № 269 в столовых должны быть оборудованы раздаточными окнами, через которые подается пища, а так же

<sup>70</sup> Сведения указаны в следующей последовательности гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>71</sup> Из анкет пациентов стационара и диспансера.

столами ресторанный типа с гигиеническим покрытием и стульями. Каждая столовая оборудована столами, стульями.

В некоторых отделениях наблюдатели отметили, что мебель в столовой ветхая, и требует замены (отделения №1 и 5 в ПУ г. Астана), в ПУ гг. Костанай (все отделения) и Усть-Каменогорск (отделения №4, 5, дневной стационар) наблюдатели отметили наличие новой кухонной мебели - столов и стульев.

Кроме того, в столовой должны быть устроены стенные шкафы с ящиками на каждого больного для хранения продуктов, переданных родственниками, а для скоропортящихся – холодильник. Однако в отделениях №1, 3, 5 ПУ г. Астана и во всех отделениях ПУ г. Усть-Каменогорск такие шкафы отсутствуют. Для хранения продуктов пациентов есть только холодильник, который находится в раздаточной, куда пациенты самостоятельного доступа не имеют,<sup>72</sup> в отделении №2 ПУ г. Астана холодильник находится в коридоре, а шкафы отсутствуют. В отделении №5 ПУ г. Костанай холодильник находится в столовой, а шкаф есть у каждого пациента свой, там он может хранить некоторые продукты. В других отделениях ПУ г. Костанай шкафы и холодильник находится в раздаточной. Отсюда раздатчица по просьбе пациентов выдает продукты. В женском отделении ПУ г. Павлодар шкафы для продуктов пациентов отсутствуют, есть только холодильник, который находится в раздаточной и продукты пациентам выдаются в 16:00 ч.

**Таким образом, холодильники установлены во всех отделениях, но не везде пациенты могут свободно пользоваться своими продуктами. Обычно подписанные пакеты с продуктами выдает персонал, в редких случаях больные берут сами. Тем не менее у пациентов есть возможность разнообразить больничное питание.**

Во всех отделениях установлено четырехразовое питание, а в детских отделениях есть второй завтрак, как правило, это фрукты и сок. В ходе посещения отделения №3 в г. Астана сопровождающая медсестра сообщила, что иногда наряду с четырехразовым питанием бывает полдник, в то время, как в пищеблоке сообщили о пятиразовом питании. Исходя из представленного меню, питание во всех отделениях пятиразовое, и дополнительно для пациентов психотуберкулезного отделения после ужина дают кипяченое молоко, а по диете «нейро» - кисель.

Исходя из меню обеда 28.10.09 г. в ГУ «КОПБ»,<sup>73</sup> где включено овощное рагу со свиной рулькой, необходимо отметить, что пациенты-мусульмане ограничены в питании в связи с религиозными предпочтениями.

В отделениях пациентам для приема пищи выдают тарелки, чашки; при этом в отделениях №1, 3, 4, 5, 6 ПУ гг. Астана и № 2, 3, 4, 6, 7 ПУ г. Костанай - это металлическая посуда (алюминиевая или эмалированная), которая имеет неприглядный вид и напоминает посуду исправительных учреждений; в отделениях неврозов посуда керамическая, фарфоровая. В ПУ г. Усть-Каменогорск во всех отделениях посуда стеклянная, керамическая или фарфоровая. Во всех отделениях, кроме отделения неврозов №5 ПУ г. Костанай пациенты могут принимать пищу только ложками, вилки запрещены к использованию.

Во время посещения ПУ г. Усть-Каменогорск в отделении № 4, например, было заявлено меню, отраженное в таблице ниже, в детском отделении было аналогичное меню, только на завтрак еще подавали сок. Пища, которую получали в этот день пациенты, полностью соответствовала заявленному меню. Меню, описанное в ПУ г. Костанай, было заявлено на этот день и размещалось в пищеблоке.

Согласно результатам анкетирования (всего, как указывалось выше, было опрошено 193 пациента стационара 3-х регионов и 34 пациента диспансера 2-х городов), 48% пациентов (109 чел.: 31-48-30)<sup>74</sup> отметили, что качество пищи в ПУ хорошее. 41,4 % респондентов оценили качество пищи как «нормальное» (94 чел.: 48-34-12). 2,2% пациентов сообщили, что питались только своими продуктами (5 чел.: 4-1-0). 5,7 % больных отметили, что питание в ПУ плохое (13 чел.: 10-3-0).

85,9% пациентов сообщили, что пищи, которой их кормят в больнице, достаточно, и они наедаются (195 чел.: 73-82-40), а 7,9 % респондентов сообщили, что остаются голодными, т.к. добавки не дают (18 чел.: 14-3-1). 1 пациент диспансера г. Астана в комментариях отметил: «хотелось бы, чтобы была вкусная домашняя пища».<sup>75</sup>

На основании увиденной обстановки в столовых ПУ, следует отметить, что интерьер столовой должен выполнять также терапевтическую функцию, создавая комфортную среду. Тем не менее, в некоторых отделениях столовые никак не декорированы, а в некоторых отсутствуют даже занавески на окнах. Так, например, наблюдатель в ПУ г. Усть-Каменогорск отметила, что во всех отделениях отсутствуют элементы декора и фотообои. На окнах нет тюля, просто пластиковые окна. В ПУ гг. Астана и Костанай наблюдатели отметили наличие во всех столовых живых цветов, на окнах занавески, от чего в помещении становится уютнее, что так же важно. На стены нанесены

<sup>72</sup> Из свода карт наблюдений гг. Астана, Усть-Каменогорск.

<sup>73</sup> Примеры меню содержатся в приложении.

<sup>74</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск.

<sup>75</sup> Анкетирование пациентов стационара и диспансера.

рисунки (отделения №5 ПУ г. Астана, отделение №6 ПУ г. Костанай), в ПУ г. Костанай было так же отмечено наличие фотообоев (отделение №1), картин (отделение №4) в столовых.

### 3. Прием, длительность пребывания больных в стационаре

#### 3.1. Кто может содержаться в стационаре психиатрического учреждения?

П.2 ст.120 Кодекса устанавливает право всех лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), при оказании им психиатрической помощи на получение психиатрической помощи по месту жительства, а также в случае необходимости – по месту нахождения.

Кто может явиться пациентом ПУ? В случаях экстренной госпитализации пациенты принимаются независимо от регистрации по месту жительства в г. Астана и без каких-либо документов в г. Костанай. ПУ в г. Усть-Каменогорск принимает больных независимо от регистрации как городских и сельских жителей, так и граждан СНГ. Не в экстренных случаях в МЦППЗ обслуживаются жители г. Астана согласно регистрации. В ПУ г. Костанай «если это плановая госпитализация, тогда представляют анализы крови на РВ, удостоверение личности, флюорографию». В г. Усть-Каменогорск пациенты, нуждающиеся в стационарном лечении, принимаются в ПУ на основании направления участкового врача-психиатра, районного психиатра, посредством самообращения и при направлении сотрудниками полиции. В МЦППЗ г. Астана пациенты принимаются по направлениям врачей-психиатров диспансерных отделений, специализированных бригад скорой психиатрической помощи, а также без всякого направления при наличии экстренных показаний к госпитализации.<sup>76</sup>

При отсутствии документа, удостоверяющего личность, пациентов в гг. Астана и Костанай стараются не выписывать. При этом главный врач Костанайской областной психиатрической больницы пояснила, что «всем оформляют документы, или если за время пребывания в больнице документы не удалось оформить, стараются таких пациентов передать из ПБ в руки родственников (ПБ ищет и дальних и близких родственников)». Главный врач МЦППЗ г. Астана сообщил, что «выписка больных, не имеющих документов, удостоверяющих их личность, постоянного места жительства, и лиц, обязанных осуществлять необходимый уход и надзор за ними, может быть произведена лишь после оказания им соответствующей социально-правовой помощи». Главный врач ГУ «ВК ОПНД» пояснила, что «пациент все вопросы решает сам, если нуждается по состоянию психического здоровья в социальной помощи, то социальные работники занимаются соответствующим пациентом».

Если в ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск содержатся пациенты - подозреваемые, обвиняемые, подсудимые, осужденные, то в МЦППЗ г. Астана - пациенты, в отношении которых: а) имеется постановление суда о применении принудительных мер медицинского характера (в условиях психиатрического стационара общего типа), б) проводится стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (не находящиеся под стражей). В г. Костанай «такие пациенты могут содержаться с другими, если острое состояние; также помещают в наблюдательную палату, разделения между ними и другими пациентами не происходит; нормы питания, постельное белье, квадратура палат, как и у других пациентов. Если органы следствия/ дознания хотят, могут обеспечивать сами охрану таких пациентов, тогда им выделяется одна из палат в отделении, и они несут пост охраны». В г. Усть-Каменогорск «данные лица имеются, находятся в общем отделении, для осужденных - отдельная палата».<sup>77</sup>

#### 3.2. Кто принимает больных в стационар, какие документы составляются?

На вопрос о том, кто осуществляет прием пациентов в стационар, получены следующие ответы медицинских работников:

- врач -329 чел., из них: 26 (14-1-3-8)<sup>78</sup> врачей, 119 (37-43-7-32) медсестер, 167 (51-75-10-31) - младший медперсонал, 17 (9-4-0-4) иных сотрудников;
- медсестры – 153 чел., из них: 64 (13-38-1-12) медсестры, 85 (17-58-3-7) младший медперсонал, 4 (2-2-0-0) иных сотрудника;
- санитары – 43 чел., из них: 16 (1-15-0-0) медсестер, 26 (2-20-1-3) младший медперсонал, 1 без указания должности в г. Костанай;
- главный врач - 13 чел., из них: 2 (2-0-0-0) медсестры, 9 (5-3-0-1) младший медперсонал, 2 (1-0-0-1) иных сотрудника;

<sup>76</sup> Из интервью главных врачей.

<sup>77</sup> Из интервью главных врачей.

<sup>78</sup> В данном разделе в случае указания четырех цифр, сведения расположены в следующем порядке: гг. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

- заведующий стационаром – 7 чел., из них: 1 социальный работник в г. Астана; 1 медсестра, 1 санитарка и 1 раздатчица в г. Костанай, 1 санитарка в г. Павлодар, 2 врача в г. Усть-Каменогорск;
- ванщица – 4 чел., из них: 1 медсестра хим., 1 сестра хозяйка и 2 санитарки в г. Костанай;
- сестра хозяйка – 1 сестра хозяйка в г. Костанай.

Не ответили на данный вопрос – 30 чел., из них 4 (3-0-0-1) медсестры, 24 (11-7-0-6) младший медперсонал, 1 логопед и 1 психолог в г. Усть-Каменогорск.

Согласно пояснениям главного врача МЦППЗ, прием пациентов в стационар осуществляют: заведующий приемным покоем, в ночное время - дежурный врач, средний и младший медперсонал согласно функциональным обязанностям.

Из ответов медицинских работников следует, что при помещении больного на лечение в психиатрическую больницу **оформляются следующие документы:**

- история болезни – 202 чел., из них: 17 (11-1-2-3) врачей, 118 (35-47-7-29) медсестер, 116 (37-49-10-20) младший медперсонал, 3 (1-2-0-0) иных сотрудника. Причем помимо истории болезни, медицинские работники в г. Усть-Каменогорск указали также листы назначений, температурный лист;

- бланк информированного согласия – 35 чел., из них: 4 (2-0-1-1) врача, 20 (4-16-0-0) медсестер, 10 (4-6-0-0) младший медперсонал, 1 социальный работник в г. Астана;

- направление – 19 чел., из них: 2 (2-0-0-0) врача, 10 (6-0-0-4) медсестер, 7 (1-6-0-0) младший медперсонал;

- статистическая карта – 14 чел., из них: 2 (2-0-0-0) врача, 3 (1-0-0-2) медсестры, 5 (1-1-0-3) младший персонал, 4 иных работника в г. Астана;

- медицинская карта стационарного больного (личная карточка пациента по лечению в стационаре) – 13 чел.: 5 (0-0-0-5) врачей, 3 (3-0-0-0) медсестры, 2 (1-1-0-0) санитарки, 3 (1-0-0-2) иных работника;

- удостоверение личности – 5 чел.: 2 медсестры и 3 санитарки в г. Астана;
- экстренные показания – 1 медсестра в г. Астана;
- ставится отметка в амбулаторную карту – 1 юрист в г. Астана;
- ознакомление с правилами лечения – 1 врач в г. Астана;
- правила внутреннего распорядка – 1 врач в г. Астана;
- амбулаторная карта – 1 врач в г. Усть-Каменогорск;
- инструкция – 1 санитарка в г. Астана;
- этим занимается постовая медсестра – 1 ванщица в г. Усть-Каменогорск;
- не знаю – 10 санитарок, из них 8 в г. Астана и 2 в г. Костанай;
- не ответили – 92 чел., из них: 1 (1-0-0-0) врач, 2 (0-1-0-1) медсестры, 79 (26-34-0-19) младший медперсонал, 9 (2-2-0-5).

Согласно ответам медицинских работников, **в документе, оформляемом при приеме пациента в стационар**, указываются следующие сведения:

- диагноз – 111 чел.: 12 (7-1-0-4) врачей, 51 (13-15-7-16) медсестры, 43 (14-10-10-9) младший медперсонал, 5 (4-1-0-0) иных сотрудников;

- личные данные больного – 83 чел.: 46 (14-21-0-11) медсестер, 35 (8-19-0-8) младший медперсонал, 2 (1-0-0-1) иных сотрудника;

- ФИО – 69 чел.: 4 (3-0-0-1) врача, 32 (5-5-10-12) медсестры, 28 (6-11-10-1) младший медперсонал, 5 (3-2-0-0) иных работников;

- адрес – 56 чел.: 1 (0-0-0-1) врач, 28 (10-4-7-7) медсестер, 24 (4-5-10-5) младший медперсонал, 3 (2-1-0-0) иных работника;

- удостоверение личности (паспортные данные) – 46 чел.: 8 (2-0-2-4) врачей, 31 (14-11-0-6) медсестра, 7 (2-1-0-4) младший медперсонал;

- дата рождения – 33 чел.: 1 (0-0-0-1) врач, 14 (1-0-7-6) медсестер, 12 (2-0-10-0) младший медперсонал, 4 (3-1-0-0) иных работника;

- согласие больного на госпитализацию (письменное) – 25 чел.: 3 (2-1-0-0) врача, 20 (6-11-0-3) медсестер, 2 чел. младший медперсонал в г. Костанай;

- причина госпитализации – 19 чел.: 1 (0-0-0-1) врач, 8 (8-0-0-0) медсестер, 9 (4-0-0-5) младший медперсонал, 1 социальный работник;

- данные о болезни, сведения о перенесенных заболеваниях – 18 чел.: 2 (2-0-0-0) врача, 4 (1-3-0-0) медсестры, 12 (3-9-0-0) младший медперсонал;

- назначенное лечение (схема лечения, данные о лечении в отделении) – 17 чел.: 5 врачей (3-0-0-2), 9 (1-4-0-4) медсестер, 2 (0-1-0-1) санитарки, 1 социальный работник в г. Астана;

- анамнез (о психическом и соматическом состоянии кратко) – 17 чел.: 7 (3-0-2-2) врачей, 10 (7-3-0-0) медсестер;

- состояние (синдром при поступлении) – 15 чел.: 4 (4-0-0-0) врача, 9 (4-5-0-0) медсестер, 2 (0-1-0-1) санитарки;

- возраст – 11 чел.: 2 (2-0-0-0) врача, 8 (1-3-0-4) медсестер, 1 иной работник в г. Костанай;
- дата поступления (в г. Костанай указали так же время) – 12 чел.: 8 (0-1-7-0) медсестер, 2 (0-1-1-0) санитарки, 1 юрист в г. Астана, 1 социальный работник в г. Усть-Каменогорск;
- место работы – 10 чел.: 2 (1-0-0-1) врача, 6 (1-2-0-3) медсестер, 2 (2-0-0-0) младший медперсонал;
- психический статус – 5 чел.: 3 врача (2 в г. Астана и 1 в г. Усть-Каменогорск), 2 медсестры в г. Астана;
- жалобы пациентов – 5 чел.: 2 врача и 2 медсестры в г. Астана, 1 медсестра в г. Костанай;
- направление – 4 чел.: 2 медсестры и 1 сестра хозяйка в г. Астана, 1 медсестра в г. Костанай;
- пол – 4 чел.: 1 врач, 1 медсестра, 1 инспектор отдела кадров и 1 архивариус в г. Астана;
- дата – 3 чел.: 1 ванщица, 1 архивариус и 1 инспектор отдела кадров в г. Астана;
- клиника, план обследования и лечения – 2 врача в г. Павлодар;
- инвалидность – 2 медсестры в г. Костанай;
- семейное положение – 2 чел.: 2 медсестры в г. Астана;
- соматический статус – 1 врач в г. Астана;
- неврологический статус – 1 врач в г. Астана;
- диагностический статус – 1 медсестра в г. Усть-Каменогорск;
- количество госпитализаций – 1 врач в г. Астана;
- результаты лечения – 1 врач в г. Астана;
- памятка пациента – 1 медсестра в г. Астана;
- больной ознакомлен с Правилами – 1 врач в г. Астана;
- согласно инструкции – 1 врач в г. Астана;
- антропометрия – 1 дежурная медсестра в г. Костанай;
- непереносимость лекарственных препаратов – 4 чел.: 1 медсестра в г. Костанай; 2 врача и 1 медсестра в г. Усть-Каменогорск;
- порядок госпитализации – 1 медсестра в г. Костанай;
- кем доставлен – 1 медсестра в г. Костанай;
- катанамнез – 1 медсестра в г. Костанай;
- роспись пациента – 1 медсестра в г. Костанай;
- предписания – 1 санитарка в г. Костанай;
- ознакомление больного с правилами внутреннего распорядка, режимом – 1 врач в г. Павлодар;
- все необходимое – 1 трудинспектор в г. Костанай;
- эпикризы – 1 врач в г. Усть-Каменогорск;
- дневники – 1 врач в г. Усть-Каменогорск;
- клиническое наблюдение – 1 врач в г. Усть-Каменогорск;
- наличие травм, педикулеза при поступлении – 2 медсестры в г. Усть-Каменогорск;
- тип транспортировки – 1 врач в г. Усть-Каменогорск;
- тип госпитализации – 2 врача в г. Усть-Каменогорск;
- много чего – 3 врача в г. Усть-Каменогорск, из которых 2 заместителя главного врача;
- не знаю (нет доступа к документам) – 15 чел.: 15 (10-4-0-1) младший медперсонал;
- не ответили – 142 чел.: 2 (2-0-0-0) врача, 18 (6-7-0-5) медсестер, 112 (42-48-0-22) младший медперсонал, 10 (3-2-0-5) иных работника.

### 3.3. Длительность пребывания больных в стационаре и выписка

Большая часть опрошенных из 34 пациентов 2-х диспансеров гг. Астана и Костанай (11 чел.: 4-7) дважды проходили лечение в психиатрическом учреждении; более 2-х раз (9 чел.: 5-4); не помнят число помещений в стационар (5 чел.: 2-3), бывают периодически, когда необходимо (5 чел.: 4-1), 3 чел. (2-1) однажды лечились в стационаре и 1 пациент диспансера в г. Астана – ни разу.

Согласно Принципу 15, *«Каждый пациент, госпитализированный не в принудительном порядке, имеет право в любое время покинуть психиатрическое учреждение, если только не применяются критерии для его принудительного содержания, предусмотренные в принципе 16, и он должен быть проинформирован об этом праве»*.<sup>79</sup> Опрос заведующих отделениями показал, что в действительности данный принцип не может соблюдаться, поскольку действующим национальным законодательством подобное правило не предусмотрено.

<sup>79</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

Так, относительно длительности пребывания пациентов в стационаре получены разные ответы заведующих отделениями:

- «в среднем 30 дней/ 1-1,5 мес.» - 5 чел.: 4-0-1-0;
- «соответственно психическому состоянию/ Бывает по разному, если это алкогольный психоз 3-5 дней, а бывает и 3 года без выписки, например при глубоком слабоумии, когда человек элементарно не может о себе позаботиться, как мы его можем выписать. Все зависит от диагноза, от течения заболевания/ В зависимости от выздоровления от 1 месяца могут находиться на лечении, а некоторые постоянно здесь находятся, т.к. только выписываются и снова поступают с обострением, даже из интернатов для психохроников возвращают, т.к. требуется лечение именно в ПБ» - 4 чел.: 1-2-0-1;
- «до 30 дней. Но бывает и дольше – по социальным показаниям. Бывали случаи, когда родители привозили, оставляли ребенка, а забирать его не торопились» - 1 чел.: 0-1-0-0;
- «длительность лечения зависит от психического статуса» - 2 чел.: 1-1-0-0;
- «до 8-12 месяцев» - 1 чел. 1-0-0-0;
- «от 1 до 3 месяцев» - 4 чел.: 1-1-1-1.

В г. Костанай -

- «по протоколу, о котором упоминали выше от 30 до 90 койко-дней. Но если самочувствие пациента улучшилось раньше, его соответственно выписывают по улучшению самочувствия и стабилизации психического состояния»;
- «6 месяцев, год максимум. Есть пациенты, которые прописаны в отделении. В связи с тем, что они утратили социальные связи, лишились жилья, идти им некуда. Интернат переполнен, поэтому больница вынуждена держать их в больнице, пока не появятся места в интернатах»;
- «если по социальным показаниям, то срок пребывания не ограничен»;
- «по программе DOTS на интенсивной терапии 4-5 месяцев, затем поддерживающая терапия 2-3 месяца, вопрос о переходе с интенсивного лечения на поддерживающую терапию или выписки решает ЦВКК».

В г. Усть-Каменогорск – «согласно протокола», «до 1-2 месяцев», «90 дней», «Психиатрические заболевания носят хронический характер, и требуют длительного непрерывного лечения психотропными средствами».

На вопрос о том, как проходит процедура выписки пациента из больницы, опрошенные родственники/ знакомые пациентов ответили: 7 чел. не знают; 11 чел. – «он/ она здесь впервые»; 18 чел. - «беседа с врачом, получение выписки, рекомендации, рецептов, предупреждение, как в обычной больнице, как положено или через 10-ый кабинет»; 3 чел. не ответили.

#### **4. Права психически больных**

В Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, принятых Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 46/119 от 17.12.1991 г. (*далее Принципы*) определено:

- 1. Все лица имеют право на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения и социального обеспечения.*
- 2. Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности.*
- 3. Все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство.*
- 4. Не допускается никакой дискриминации на основании психического заболевания. "Дискриминация" означает любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами. Специальные меры, принимаемые, исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психических больных лиц, не считаются дискриминационными.*
- 5. Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах, таких, как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме.*
- 6. Любое решение о том, что по причине его психического заболевания лицо не является дееспособным и любое решение о том, что вследствие такой недееспособности, должен быть*

назначен личный представитель, принимается только после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, имеет право быть представленным адвокатом. Если лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, последнее должно предоставляться этому лицу бесплатно, если оно не располагает достаточными для этого средствами. Адвокат не должен во время одного и того же разбирательства представлять психиатрическое учреждение или его персонал и также не должен представлять члена семьи лица, дееспособность которого является предметом разбирательства, за исключением тех случаев, когда судебный орган убедился в отсутствии коллизии интересов. Решения, касающиеся дееспособности и потребности в личном представителе, подлежат пересмотру через разумные промежутки времени в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, его личный представитель, если таковой имеется, и любое другое заинтересованное лицо имеют право обжаловать любое такое решение в вышестоящем суде.

7. Если суд или другой компетентный судебный орган установит, что психически больное лицо не в состоянии вести свои дела, в пределах необходимости и с учетом состояния такого лица принимаются меры в целях обеспечения защиты его интересов.<sup>80</sup>

Согласно п.1 ст.120 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РК. Ограничение осуществления прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством (заболеванием), допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РК.

#### 4.1. Право на свободу и личную неприкосновенность

Ст.16 Конституции РК гарантирует каждому человеку свободу и личную неприкосновенность, оговаривая, что арест и содержание под стражей на срок более 72 часов допускается только с санкции суда.

Данное право гарантируется ст.9 МПГПП. Согласно Принципу 15: «Когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации».

В разделе «Анализ законодательства» обосновано положение, согласно которому лица, содержащиеся в психиатрических учреждениях, приравнены по своему статусу к лицам, ограниченным в личной свободе.

П. 4 ст.88 Кодекса гласит: «Гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения, медицинская помощь оказывается в порядке, определяемом уполномоченным органом и иными государственными органами в пределах своей компетенции, установленной законами Республики Казахстан. Указанные лица пользуются всеми вышеприведенными правами граждан Республики Казахстан при получении медицинской помощи».

В ходе проведения анкетирования 53,9% (104 чел.: 29-39-36)<sup>81</sup> пациентов стационаров сообщили о том, что пришли на лечение самостоятельно, так как знают о необходимости прохождения курса лечения. 28,5% пациентов сообщили, что их привели родственники (55 чел.: 28-24-3). И 7,3% сообщили о том, что были госпитализированы против своей воли (14 чел.: 10-4-0). В ПУ г. Астана 3 пациента сообщили, что были доставлены полицией и столько же сообщили о госпитализации скорой помощью. Один из 193 опрошенных пациентов находился на лечении в ПУ по решению суда (ПУ г. Костанай).<sup>82</sup>

Из 34 чел. опрошенных пациентов диспансеров гг. Астана и Костанай 14,7% (5 чел.: 5-0) сообщили о том, что приходили на лечение в стационар добровольно; 47,1% (16 чел.: 5-11) – «в психиатрическую больницу их привели родственники»; 26,5% (9 чел.: 5-4) - госпитализированы против их воли.

Ответы опрошенных родственников/ знакомых пациентов подтверждают в основном, ответы пациентов диспансера. Так 13 опрошенных родственников/ знакомых сообщили, что их родственники/ знакомые добровольно, сами пришли в психиатрическое учреждение; 24 чел. – «добровольно, мы его привели»; 2 – «недобровольно, против воли моего родного/ знакомого».

Попадая в психиатрическое учреждение, пациент уже в отделении может быть подвергнут дополнительному ограничению свободы, например, помещен в наблюдательную палату. Пациен-

<sup>80</sup> Принцип 1 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>81</sup> Сведения указаны в следующей последовательности гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>82</sup> Из анкет пациентов стационара.

ты называют такие палаты «нулевка». Эти палаты имеются во всех отделениях, за исключением психоневрологических отделений. При входе в каждую такую палату устанавливается 24-х часовой пост наблюдения. Кроме того, в некоторых отделениях пациенты не могут свободно передвигаться по отделению, и вынуждены практически целый день находиться в палате под наблюдением медицинских работников.

Соотношение количества пациентов, находящихся в наблюдательных палатах, и общего количества пациентов в отделении варьировалось в широких пределах: от 1:10 (т.е. каждый десятый в отделении пациент находится в наблюдательной палате) до 1:4. В ПУ г. Астана в мужских отделениях №3 и 4 каждый четвертый пациент был помещен в наблюдательную палату, а в женских отделениях №5 и 6 - каждая 6 и 5 пациентка, соответственно. Кроме того заведующая отделением ПУ г. Астана сообщила наблюдателям, что около 50-70% поступающих больных направляются сразу же в наблюдательную палату (поскольку во многих случаях пациенты поступают в стационар в состоянии обострения заболевания, что требует круглосуточного наблюдения за их поведением).<sup>83</sup>

В ПУ г. Костанай в 1-м женском, мужских общепсихиатрических и отделении острых психозов каждый пятый пациент находился в наблюдательной палате, во втором женском – каждая четвертая пациентка была дополнительно ограничена в своей личной свободе.<sup>84</sup>

В отделении №2 ПУ г. Усть-Каменогорск, рассчитанном на 61 койко-место, находилось всего 22 человека, и на момент осмотра в наблюдательной палате пациентов не было. В первом женском отделении в наблюдательной палате находилась каждая 7-ая пациентка, а в третьем мужском - каждый 10-й пациент (в отделении, на момент посещения было всего 20 человек, из них 2 в наблюдательной палате).<sup>85</sup>

Представляется, что в последних случаях заведующие отделениями относились более обоснованно к ограничению свободы пациентов.

5 пациентов стационара и 1 пациент диспансера г. Астана в анкетах сообщили об их необоснованном, без необходимости, помещении в «нулевку».<sup>86</sup> Согласно пояснениям МЦППЗ г. Астана, «вопрос об обоснованности и необходимости помещения в наблюдательную палату входит в компетенцию лечащего врача».

**В этой связи есть основание полагать, что в некоторых отделениях сохраняется практика, когда вновь поступившие пациенты, вне зависимости от тяжести своего состояния, помещаются в наблюдательные палаты.**

**Безусловно, этот показатель зависит от многих факторов, в первую очередь, от исходного состояния пациентов, от обеспеченности отделения необходимыми лекарственными средствами, квалификации врачей-психиатров и медицинского персонала и др. Однако он также отражает отношение заведующего отделением и лечащих врачей к фундаментальным правам пациентов. Для одних характерен безусловный приоритет безопасности в ущерб соблюдению всех прочих прав. Для других — уважение свободы и достоинства личности, наряду с соблюдением безопасности, что является оптимальным с точки зрения соблюдения прав пациентов.**

Результаты опроса медперсонала психиатрических учреждений показали наличие вопросов, связанных с обеспечением безопасности пациентов и работников. Имеют место случаи проявления агрессии пациентов друг к другу и в отношении медперсонала. Кто обеспечивает безопасность, надлежащим ли образом? Согласно сведениям МЦППЗ г. Астана, этим занимается «медперсонал во главе с лечащим или дежурным врачом, которые регулярно изучают правила техники безопасности, своевременной коррекции психического состояния, периодически обучаются на семинарах по этике и деонтологии».

Факты самовольного ухода из больницы пациентов, агрессии пациентов к медперсоналу, между собой, случаи причинения телесных повреждений, смертельных исходов за последние 5 лет имели место в каждом из 3-х ПУ:

- в г. Астана – в 2009 г. один случай «самовольного» ухода со смертельным исходом;
- в г. Костанай - 21 побег (2005 - 0, 2006 - 0, 2007 - 7, 2008 - 7, 2009 - 7). Агрессивных действий пациентов - 82 случая. Последние серьезные телесные повреждения помнит в 2003 г., когда пациент напал на заведующую отделением, в результате чего она получила ЧМТ;
- в г. Усть-Каменогорск – в 2007 г. один случай со смертельным исходом, в 2009 г.- причинение тяжких телесных повреждений.<sup>87</sup>

На вопрос «Были ли факты самовольного ухода пациентов из Вашего отделения?», полученные следующие ответы заведующих отделениями:

<sup>83</sup> Согласно своду карт наблюдений, г. Астана.

<sup>84</sup> Согласно своду карт наблюдений, г. Костанай.

<sup>85</sup> Согласно своду карт наблюдений, г. Усть-Каменогорск.

<sup>86</sup> Из свода анкет пациентов стационара и диспансера.

<sup>87</sup> Из интервью главных врачей.

- «нет, за время практики в отделении не помню ни одного случая» – 10 чел.: 5-2-2-1;
- без ответа – 2 чел.: 1-1-0-0;
- «бывали побеги, но не часто» – 12 чел.: 2-6-0-4, из них: «2 года назад 1 случай был» – 1 чел. в г. Астана, «в этом году ни одного не было, в прошлом году - 1 случай» – 1 чел. в г. Костанай, «в этом году» – 1 чел. в г. Костанай, «в 2009 г. предотвратили 2 побега, в 2008 г. такого не было» – 1 чел. в г. Костанай. В этом году 23.09.2009 г. сбежал мальчик - пациент, в прошлом году ни одного побега не было. Все факты самовольного ухода пациентов регистрируется в журнале регистрации побегов» – 1 чел. в г. Костанай; «да, были. За 2007 (за полгода) год - 2 побега, 2008 г. – 5, 2009 г. – 1 случай побега» – 1 чел. в г. Костанай.

На вопрос «Часто ли пациенты Вашего отделения проявляют агрессию к медперсоналу, друг к другу? Были ли случаи причинения телесных повреждений, смертельных исходов?» получены следующие ответы заведующих отделениями:

- «нет» – 7 чел.: 3-1-1-2, из них: «нет ответа, не владеет такой информацией» – 1 чел. в г. Костанай;

- «да» – 17 чел.: 6-6-2-3, из них:

г. Астана: «случаи агрессии, нападения на медперсонал регистрируются ежегодно. 3 случая нападения в 2009 г.»; «нет, пациенты редко проявляют агрессию, но 31.12.09 г. был случай причинения телесных повреждений»; «да, проявляют – травм, смертельных исходов не было – 25.11.09 г.»; «имеются случаи проявления агрессии, другие факты не встречались»; «агрессии против персонала практически не проявляют. Был отмечен 1 случай за 5 лет»; «бывает редко, это подростки с психопатоподобными состояниями; повреждения были легкими – ушибы, тяжелых исходов не было»;

г. Костанай: «агрессия бывает довольно таки часто, если пациент поступает в остром состоянии. Телесных повреждений не помнит, смертельных исходов не было»; «агрессию бывает, проявляют, но не часто. В этом году не было таких случаев, в прошлом году было – телесные повреждения в виде гематом, смертельных случаев нет»; «к медперсоналу агрессию проявляют крайне редко, в состоянии острого психоза при поступлении, как правило. Между собой тоже, как правило, все спокойно. Смертей не было»; «бывает. Но, как правило, обходится без телесных повреждений. Все случаи агрессии фиксируются в журнале, который находится на посту и называется – «журнал травматизма». Предоставили информацию только на 2009 г. – таких случаев было 28»; «часто. Так в 2007 г. (за полгода) было зафиксировано 11 случаев нападения пациентов друг на друга, 4 нападения на медицинский персонал; 2008 г. – 12 нападений друг на друга, 5 - на медицинский персонал, 2009 г. - 6 случаев нападения друг на друга, 6 - на медицинский персонал»; «бывает, но не часто. С телесными повреждениями и смертельным исходом не было»;

г. Павлодар: «бывает. Смертельных исходов не было»; «смертельных исходов за 5 лет не было. Бывают случаи нападения на персонал и на пациентов»;

г. Усть-Каменогорск: «были телесные повреждения больных к медперсоналу - 10 и более»; «с различной частотой, смертей не было. Телесные повреждения редко, учет не ведется»; «в 2006-2007 гг. был случай нанесения телесных повреждений к врачу ОПНД».

Нельзя исключать важность защиты физической целостности пациентов и медперсонала. Это требует достаточного числа сотрудников, специально осуществляющих контроль. Исходя из вышеизложенного, следует необходимость обеспечения личной безопасности, как больных, так и медицинских работников.

#### **4.2. Право на свободу от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания**

Ст.17 Конституции РК гарантирует каждому человеку уважение его достоинства. Согласно этой норме никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию.

Конвенция ООН против пыток, Международный пакт о гражданских и политических правах – международные документы, ратифицированные РК, запрещают пытки и иное плохое обращение. П.6 Декларации о правах умственно отсталых лиц отдельно оговаривает право на защиту от злоупотреблений и унижительного обращения.

В соответствии с Принципом 6 Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме: *«ни одно задержанное или находящееся в заключении лицо не должно подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Никакие обстоятельства не могут служить оправданием для пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания».*

П.2 Принципа 1 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи указывается: *«Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или счи-*

*таются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности».*

П.п.1 п.1 ст.91 Кодекса определяет право пациентов на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям.

Главные врачи ПУ г. Астана и Усть-Каменогорск сообщили о том, что жалобы от пациентов на жестокое обращение со стороны медицинского персонала поступают, но это бывает крайне редко, в то время как главный врач ПУ г. Костанай проинформировал об отсутствии таких заявлений.

О поступлении жалоб на медицинский персонал сообщила и заведующая отделением ПУ г. Астана.

13 заведующих отделениями сообщили о том, что какие-либо жалобы подобного характера от пациентов к ним не поступают (13: 5-3-1-4).<sup>88</sup>

Из 422 опрошенных врачей, среднего и младшего медицинского персонала 298 человек указали на поступление жалоб от пациентов (91-122-18-67), 61 медицинский работник сообщил, что пациенты не жалуются (32-18-2-9).

7 медицинских работников сообщили, что пациенты жалуются на плохое обращение сотрудников больницы (2-0-0-5). 4 санитары/ -ки, одна медицинская сестра в ПУ г. Астана сообщили, что пациенты жалуются «на всех подряд». Пациенты жалуются на следующее:

- на грубость младшего медицинского персонала - врач в ПУ г. Костанай;
- ограничения в передвижении/ выход из отделения (10 чел.: 4-0-6-0);
- условия пребывания в стационаре (16 чел.: 9-6-1-0);
- запрет/ ограничение курения (26 чел.: 7-8-7-4);
- самочувствие пациентов (68: 9-30-9-20).

3,8% опрошенных пациентов стационара сообщили, что в стационаре в отношении них медицинский персонал допускал:

- бранные выражения, оскорбления, грубое поведение (16 чел.: 13-1-2);<sup>89</sup>
- 6 пациентов ПУ г. Астаны сообщили об избиениях,<sup>90</sup>
- 1,4 % пациента сообщили о том, что подвергаются в стационаре угрозам, запугиваниям чем-либо (6: 5-1-0);
- 1,2 % опрошенных пациентов стационара сообщили, что в отношении них применялось наказание за что-либо (10: 5- 4-1);
- 1 пациент ПУ г. Астана сообщил, что угрозы, пытки, оскорбления к нему не применялись, т.к. он не давал повода;
- 1 пациентка сказала, что в ПУ г. Астана бывают и угрозы и избиения, но кто это делает – она не скажет;<sup>91</sup>
- 1 пациентка ПУ г. Астана жаловалась, что ей запрещают смотреть в окно, иначе за это последует наказание;
- 1 пациент в ПУ г. Костанай сообщил, что был лишен прогулок.

98 пациентов сообщили о том, что грубого отношения, оскорблений не допускалось. В то же время в ПУ г. Усть-Каменогорск 6 пациентов стационара сообщили о хорошем отношении медицинского персонала к ним.<sup>92</sup>

5 пациентов диспансера г. Астана сообщили, что во время нахождения в стационаре в отношении них допускались бранные выражения, оскорбления, грубое поведение.<sup>93</sup> 11 пациентов диспансера сообщили об угрозах и запугивании их во время нахождения в стационаре (г.Астана, Костанай – 2 и 9). 1 пациент в г. Астана сообщил, что во время пребывания в стационаре в его адрес поступали угрозы, его избивали, необоснованно помещали в наблюдательную палату, грубо обращались, 6 пациентов в г. Астана отметили, что во время нахождения на лечении в стационаре грубого отношения, оскорблений не допускалось.

<sup>88</sup> По данному вопросу сведения указаны в следующей последовательности: г. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

<sup>89</sup> Сведения в указанном вопросе расположены в следующей последовательности: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>90</sup> Согласно сведениям МЦППЗ г. Астана, к лечащим врачам, заведующим отделениями, директору, в комиссию по рассмотрению жалоб заявления подобного рода не поступали.

<sup>91</sup> Согласно сведениям МЦППЗ г. Астана, в комиссию по рассмотрению жалоб заявления подобного рода не поступали.

<sup>92</sup> Из свода анкета пациентов стационара.

<sup>93</sup> Согласно сведениям МЦППЗ г. Астана к лечащим врачам, заведующим отделениями, директору, в комиссию по рассмотрению жалоб заявления подобного рода не поступали.

Из 193 опрошенных пациентов стационара 155 чел.: 56-58-41<sup>94</sup> сообщили о том, что обстановка в отделении очень спокойная, даже лучше чем дома. 15 пациентов сообщили, что в отделении плохо, медицинский персонал постоянно кричит на них (14-1-0). 5 пациентов (2-3-0) отметили, что в отделении хорошо, еще 4 пациента (3-1-0) не отрицали, что «в отделении хорошо, но, конечно, дома лучше». 1 пациент ПУ г. Костанай сообщил: «бывает по разному в отделении». 1 пациентка ПУ г. Усть-Каменогорск отметила, что врачи и медсестры относятся нормально, а санитарки часто грубо разговаривают с пациентами.

1 пациент в ПУ г. Астана сообщил о том, «что к нему относятся нехорошо из-за личной неприязни, а он ничего не может доказать». Также единичные сообщения в г. Астана были получены от пациентов стационара о том, что санитары превышают свои права; угрозы со стороны среднего медицинского персонала из-за желания поскорее выписаться; 3 пациента сообщили, что «ругают только тех пациентов, которые этого заслуживают». В то же время одна пациентка - в наблюдательной палате «было плохо» и ее избивали санитары.

По одному пациенту в ПУ г. Астана и Костанай сообщили, что медицинский персонал относится к ним дружелюбно, по-родственному.

14 пациентов диспансера отметили, что во время нахождения в стационаре обстановка в отделении была спокойная, лучше чем дома (ПУ г. Астана, Костанай: 6-8). 2 пациента в диспансере г. Астана сообщили, что во время пребывания в стационаре отношение к пациентам было плохое, на них кричали врачи, медсестры, санитары, относились к пациентам как будто они – не люди, а изгои. 3 пациента отметили, что «санитары бывают разные» (ПУ г. Астана, Костанай: 1-2), один пациент ПУ г. Астана отметил, что плохое отношение было только со стороны санитаров, а один пациент сообщил о хорошем отношении к нему в стационаре.<sup>95</sup>

В то же время результаты анкетирования родственников пациентов стационара показали следующее: из 39-ти: 3-30-6 опрошенных 26: 2-20-4 отметили, что медицинский персонал очень вежливый, готовы ответить на любой вопрос, еще 13 чел.: 1-10-2 отметили, что отношение хорошее. 36 респондентов: 2-28-6 пояснили, что каких-либо жалоб пациенты стационара не высказывали. 3 чел.: 1-2-0 сообщили, что пациенты жаловались (в ПУ г. Астана, например, на то, что во время не были обработаны раны на ногах).<sup>96</sup>

Так же в ходе реализации данного проекта наблюдателями было опрошено 86 адвокатов: 35-26-25. Только 21 профессиональный защитник: 7-4-10 сообщили, что за все время своей работы посещали ПУ в качестве защитника/адвоката. 5 защитников: 2-1-2 сообщили, что получали от пациентов ПУ жалобы о применении пыток и жестокого обращения в больнице. 3 из защитников обращались по данным фактам в органы прокуратуры, но получили ответ, что указанные в жалобе факты не нашли своего подтверждения.<sup>97</sup>

Один пациент ПУ г. Астана сообщил о том, что его запугивали тем, что «привяжут». Сложилось так, что применение мер физического стеснения — необходимый элемент внутреннего распорядка психиатрического стационара. В случаях, когда больные находятся в возбужденном состоянии и в силу этого могут нанести вред себе, другим больным или персоналу, меры стеснения становятся необходимым средством.

Согласно п.2 ст.127 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», «Меры физического стеснения ... применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющего непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации с уведомлением его законного представителя».

В качестве мер фиксации в настоящее время повсеместно применяют так называемую мягкую фиксацию - широкими матерчатыми ремнями пациента привязывают к кровати.<sup>98</sup> Мягкая фиксация не применяется в отделениях невротиков (т.е. в отделениях открытого типа).

Также заведующие отделениями №4, 5, 6 ПУ г. Астана сообщили, что какие-либо меры физического стеснения к пациентам не применяются; заведующая детским отделением ПУ г. Костанай сообщила, что мягкая фиксация применяется крайне редко, как правило, не чаще одного раза в год.

В ходе проекта в четырех регионах было опрошено 422 медицинских работника: 150-158-20-94.<sup>99</sup> врачи, средний и младший медицинский персонал. 29,5% медицинского персонала сообщи-

<sup>94</sup> Сведения в указанном вопросе расположены в следующей последовательности: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>95</sup> Из свода анкет пациентов диспансера. Сведения указаны в следующем порядке: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>96</sup> Из свода анкет родственников пациентов.

<sup>97</sup> Из свода анкет адвокатов. Сведения указаны в следующем порядке: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>98</sup> Из интервью главных врачей ПУ, г. Астана и Костанай.

ли, что как мера физического стеснения применяется временная мягкая фиксация пациента (123 чел.: 27-23-20-53). 6,9% (29 чел.: 26-2-0-1) сообщили о том, что не знают о том, какие меры стеснения могут применяться к пациентам. Еще 10,2 % опрошенных сообщили, что никакие меры стеснения в их отделении не применяются (43 чел.: 9-25-0-9). В ПУ г. Астана один врач сообщил о том, что к возбужденным пациентам может быть применено «сдерживающее сдерживание» (до инъекций успокаивающего характера). 1 санитар/ка в ПУ г. Костанай сообщил/а о том, что как мера физического стеснения в отношении пациента могут быть применены пытки и грубость. Заместитель главного врача ПУ г. Усть-Каменогорск указал, что может быть применена «фиксация специальными средствами к постели». 4%, т.е. 17 человек сообщили о том, что к пациенту в качестве меры физического стеснения может быть применено «ограничение в движении» (16-0-0-1), еще 2 медсестры и 1 сестра хозяйка из ПУ г. Костанай сообщили об удержании пациента в палате, в качестве меры стеснения, а 8 респондентов сообщили о применении только методов убеждения, психотерапевтических бесед.<sup>100</sup>

Главные врачи ПУ гг. Астана и Костанай пояснили, что вопрос о необходимости применения мер стеснения решается только лечащим врачом, в то время как главный врач ПУ г. Усть-Каменогорск сообщил о том, что в отношении пациента может быть в качестве меры физического стеснения применен лишь режим интенсивного наблюдения (наблюдательная палата).

41,9 % медицинского персонала сообщили, что меры физического стеснения возможно применить к пациенту только с назначения врача (177 чел.: 68-34-19-56). 5 медицинских работников ПУ г. Костанай указали, что такие меры к пациенту может применить младший медицинский персонал и 4 сотрудника ответили, что это может сделать средний медицинский персонал. Юрист ПУ в г. Астана отметил в анкете, что только по решению суда могут быть применены меры физического стеснения, 1 санитарка – сообщила, что только главный врач имеет право на применение таких мер.

Полный отказ от мер стеснения невозможен, но сокращение их применения во многом зависит от наличия достаточного количества лекарственных средств и адекватно подобранной терапии. При осмотре наблюдательных палат психиатрических стационаров практически везде отсутствовали «фиксированные пациенты».

Очень важно не допускать необоснованного применения мер стеснения. Применение мер физического стеснения, грубо ограничивающих свободу пациента, в любом случае очень травматично для него. Подобные меры должны применяться только в самых крайних случаях.

Например, 4,7% опрошенного медицинского персонала сообщили, что меры физического стеснения применяются к пациенту в зависимости от его психического состояния (20 чел.: 4-12-0-4), 5 медицинских работников ПУ г. Костанай отметили, что основанием для применения таких мер является «состояние больного», не пояснив при этом – какое именно состояние позволяет применить меры физического стеснения. 1 медсестра ПУ г. Астана отметила, что меры физического стеснения могут применяться к пациенту в случае суицидального настроения и агрессии к другим пациентам. 24,6% респондентов сообщили, что меры физического стеснения применяются, если пациент может причинить вред здоровью и жизни, как своей, так и окружающих (104 медработника: 33-21-20-30). 13,5% (57 чел.: 17-21-0-19) медицинского персонала ПУ ответили: «при психомоторном возбуждении, сумеречном состоянии»<sup>101</sup>.

Важно, чтобы применение мер физического стеснения подлежало регистрации. По информации главных врачей ПУ гг. Астана и Костанай такие случаи фиксируются в истории болезни пациента и в дневниковых наблюдениях среднего медперсонала.

В то же время 7,1% опрошенного медицинского персонала отметили в анкетах, что применение мер физического стеснения нигде не фиксируется (30 чел.: 5-19-0-6). 20,4% медперсонала указали, что применение таких мер фиксируется в истории болезни (86 чел.: 25-32-16-13). 12 медицинских работников сообщили, что отметка ставится только в листе назначений (10-1-1-0). 8,1 % медперсонала отметили, что эта информация фиксируется в дневниках наблюдений (34 чел.: 14-7-0-13). 2 медсестры ПУ г. Усть-Каменогорск отметили, что такая запись заносится в историю болезни и журнал наблюдения. 30,6 % опрошенного медицинского персонала ответили, что этот вопрос к их работе не относится.<sup>102</sup>

### 4.3. Право на обжалование

П.1 ст.13 Конституции РК гласит: «Каждый имеет право на признание его правосубъектности и вправе защищать свои права и свободы всеми не противоречащими закону способами».

<sup>99</sup> Сведения указаны в следующем порядке: гг. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

<sup>100</sup> Из свода анкет медицинского персонала.

<sup>101</sup> Из свода анкет медицинского персонала.

<sup>102</sup> Из свода анкет медицинского персонала.

В разделе «Анализ законодательства» имеется ссылка на ст.9 Международного пакта о гражданских и политических правах, гарантирующую право на свободу и личную неприкосновенность, а также на Замечание общего порядка №8, определяющее применение данных норм к лицам с психическими заболеваниями, содержащимся в учреждениях закрытого типа, другими словами в учреждениях, куда не имеют открытый доступ все желающие.

Согласно Принципу 33 Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме: *«задержанное или находящееся в заключении лицо или его адвокат имеют право направить в органы, ответственные за управление местом задержания или заключения, и в более высокие инстанции, а в случае необходимости - соответствующим органам, уполномоченным рассматривать жалобы или предоставлять средства защиты, - просьбу или жалобу относительно обращения с данным лицом, в частности в случае пыток или другого жестокого, бесчеловечного или унижающего человеческое достоинство вида обращения».*

Принцип 21 Принципов защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи гласит: *«Каждый пациент и бывший пациент имеют право подать жалобу в соответствии с процедурами, определенными во внутригосударственном законодательстве».* Принцип 22 устанавливает обязанность государства обеспечить наличие соответствующих механизмов для содействия соблюдению настоящих Принципов, для инспектирования психиатрических учреждений, для представления, расследования и разрешения жалоб, а также для возбуждения соответствующих дисциплинарных или судебных разбирательств по случаям нарушения служебных обязанностей или прав пациента.

П.п.10 п.1 ст.88 Кодекса устанавливает право граждан на обжалование действий (бездействия) медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения, вышестоящий орган и (или) в судебном порядке.

П.8 ст.91 Кодекса определяет: *«Защита прав пациентов осуществляется органами, организациями здравоохранения, а также общественными объединениями в пределах их компетенции».*

**Система подачи жалоб, которая существует в осмотренных психиатрических учреждениях, не является эффективной**, во-первых, потому, что в ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск в отделениях отсутствуют ящики для жалоб. В ПУ г. Костанай в каждом отделении есть журнал жалоб, который хранится у старшей медицинской сестры отделения. В ПУ г. Астана в отделениях №1, 3, 4, 6 ящики для жалоб имеются, но они **недоступны для пациентов**. Так, например, в отделении №3 ящик приема жалоб и обращений находится перед входом в отделение, а дверь закрыта на ключ и пациенты не имеют доступа к ящику. Кроме того, проверяются ящики всего 1 раз в месяц заместителем главного врача по контролю за качеством оказания медицинских услуг.<sup>103</sup> Такая редкая проверка ящиков не соответствует п.4 Принципа 33 Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, согласно которому просьба или жалоба без промедления должна быть рассмотрена, и заявитель должен получить ответ без неоправданной задержки.

Кроме того, такое долгое нахождение жалоб в ящиках, если они касаются пыток и жестокого обращения, не соответствует ст.12 Конвенции ООН против пыток, в соответствии с которой Казахстан взял на себя обязательство проводить быстрое и беспристрастное расследование, когда имеются достаточные основания полагать, что пытка была применена на любой территории, находящейся под его юрисдикцией. В докладе Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения Казахстану рекомендовано создать доступные на практике каналы подачи жалоб, обеспечить, чтобы по любым признакам применения пыток возбуждалось официальное расследование, и защитить подателей жалоб от преследований.<sup>104</sup>

Некоторые пациенты стационара - 22,8% (44 чел.: 3-40-1)<sup>105</sup> в своих анкетах отметили свое незнание о праве на подачу жалоб. 20,2 % (39 чел.: 33-3-3) опрошенных пациентов указали, что подавали жалобы. 36,6 % (70 чел.: 26-6-38) пациентов указали, что в подаче жалобы не было необходимости.<sup>106</sup>

Практически аналогичные цифры получены в результате анкетирования пациентов диспансера: 20,6 % опрошенных пациентов сообщили, что не знали о праве на подачу жалобы (7 чел.: 3-4),<sup>107</sup> 38,2 % (13 чел.: 6-7) пациентов отметили, что подавали жалобы медицинским работникам.<sup>108</sup>

<sup>103</sup> Согласно сведениям МЦППЗ ящики для жалоб проверяются два раза в месяц заместителем по контролю за качеством предоставляемых услуг, юристом. Ведется протокол об изъятии корреспонденции.

<sup>104</sup> Из доклада Специального докладчика ООН по предупреждению пыток, тринадцатая сессия, пункт 3 повестки дня, A/HRC/13/39/Add.3 (Future) 5 October 2009.

<sup>105</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>106</sup> Из свода анкет пациентов стационара.

<sup>107</sup> Имеются результаты анкетирования только по гг. Астана, Костанай, в этом же порядке указаны данные.

<sup>108</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

На вопрос: «Подавали ли Вы жалобы о плохом обращении в больнице?», 3,6% пациентов ответили утвердительно (7 чел.: 4-0-3).<sup>109</sup> 2 пациента указали, что подавали жалобу главному врачу больницы (ПУ г. Астана), 3 пациента – заведующему отделением (ПУ г. Астана), 2 пациента – своему лечащему врачу (ПУ г. Астана), 1 пациент ПУ г. Астана указал, что подавать жалобы «бесполезно, замкнутый круг, в стационаре неуместно».<sup>110</sup>

Результатом рассмотрения жалоб является согласно ответам пациентов стационара ПУ г. Астана (по 1-му пациенту): «врачи применяют меры», «обращают внимание», «никакого результата не было», «ответа на свою жалобу так и не получила, и неизвестно – дошла она до адресата или нет», «результат рассмотрения жалобы был не в мою пользу». 2 пациента диспансера отметили, что подавали жалобу о плохом обращении в больнице (ПУ г. Астана и Костанай: 1-1) и обе жалобы были адресованы главным врачам. При этом один из пациентов (ПУ г. Астана) указал, что результат от подачи жалобы не было: «круговая порука».<sup>111</sup>

#### 4.4. Информированность пациентов о правах

П.2 ст.20 Конституции устанавливает право каждого свободно получать и распространять информацию любым, не запрещенным законом способом. Это право гарантируется ст.19 МПГПП.

Согласно Принципу 12: «*Пациента, находящегося в психиатрическом учреждении, в максимально короткий срок после госпитализации информируют в такой форме и на таком языке, которые ему понятны, о всех его правах в соответствии с настоящими Принципами и согласно внутригосударственному законодательству, причем такая информация включает разъяснение этих прав и порядка их осуществления*». Пункт два данного принципа оговаривает: «*Если пока пациент не в состоянии понять такую информацию, о правах такого пациента сообщается лично представителю, если таковой имеется и если это уместно, и лицу или лицам, которые могут наилучшим образом представлять интересы пациента и готовы это сделать*».<sup>112</sup>

Принцип 19 гласит: «*Пациент (термин, который в настоящем принципе включает в себя также бывших пациентов) имеет право на доступ к касающейся его информации в истории болезни, которая ведется психиатрическим учреждением. Это право может ограничиваться в целях предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любая такая информация, не предоставленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена лично представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке. Любые письменные замечания пациента или личного представителя, или адвоката пациента могут по их просьбе включаться в историю болезни пациента*».

П.п.8 п.1 ст.88 Кодекса определяет право граждан на безвозмездное получение от государственных органов, организаций и лечащего врача в пределах их компетенции **достоверной информации** о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических исследованиях, факторах, влияющих на здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, здоровом питании и безопасности пищевых продуктов, в том числе заключения санитарно-эпидемиологической экспертизы.

Ст. 91 Кодекса устанавливает права пациента:

«2. Пациент имеет право на получение информации о своих правах и обязанностях, оказываемых услугах, стоимости платных услуг, а также о порядке их предоставления. Информация о правах пациента должна быть размещена в местах наглядной агитации медицинских организаций.

При поступлении в медицинскую организацию пациенту должны быть представлены **сведения об именах и о профессиональном статусе тех, кто будет оказывать ему медицинские услуги**, а также о правилах внутреннего распорядка медицинской организации.

3. Медицинская помощь должна предоставляться после получения **информированного** устного или письменного добровольного согласия пациента.

4. При получении медицинской помощи пациент имеет право на **исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах**

<sup>109</sup> Сведения расположены в следующем порядке: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>110</sup> Согласно сведениям МЦППЗ г. Астана, каждая жалоба регистрируется (постовой медсестрой в журнале чрезвычайных происшествий) и рассматривается на заседании комиссии по рассмотрению жалоб с ведением протокола. Однако какие-либо журналы (либо тот же протокол) для обзора в качестве подтверждения этого довода не предоставлены.

<sup>111</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

<sup>112</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

**предлагаемых и альтернативных методов лечения**, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию.

5. Пациент может назначить лицо, которому следует сообщить информацию о состоянии его здоровья. Отказ пациента от получения информации оформляется письменно и включается в медицинскую документацию.

6. Информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть веские основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред. В этом случае данная информация сообщается супругу (супруге) пациента, его близким родственникам или законным представителям.

9. При получении медицинской помощи пациент имеет право на исчерпывающую информацию о назначаемом лекарственном средстве».

Кроме того право на обеспечение доступа к информации установлено нормой п.3 ст.14 и ст.28 Закона РК «О социальной защите инвалидов».

Как сообщил директор МЦППЗ г. Астана, лечащий врач в доступной форме разъясняет пациенту при поступлении в стационар права и обязанности, распорядок дня, условия пребывания и лечения. Главный врач ПУ г. Костанай пояснила, что при поступлении больного не в остром состоянии медсестра устно сообщает о его правах. Кроме того, в каждом отделении есть информационные стенды о правах пациентов, с которыми возможно ознакомиться в любое время. В ПУ г. Усть-Каменогорск главный врач сообщил, что при стационарном лечении пациента информирует о правах – врач - ординатор.<sup>113</sup> В отделении №3 г. Павлодар отсутствуют какие-либо стенды о правах пациентов.

Только в ПУ г. Астана заведующая детским отделением отметила, что пациентов об их правах и обязанностях информируют письменно и устно, подпись об ознакомлении с правами ставят родители. В то время как заведующие детскими отделениями ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск сообщили, что пациенты о своих правах информируются устно, при этом заведующая детским отделением в ПУ г. Костанай пояснила: «Если пациент поступает адекватный, то конечно с ним беседуют – сообщают о правах и правилах внутреннего распорядка, если нет, то позже, когда выводят его из этого состояния – информируют».

Заведующие двумя отделениями ПУ г. Астана сообщили о том, что пациенты информируются о своих правах письменно и устно; пациенты следующего отделения, по сведениям заведующей, получают памятки в приемном покое, и при поступлении в отделение пациенту разъясняются его права; о выдаче памятки пациентам сообщила и заведующая дневным стационаром. Заведующие еще двух отделений сообщили, что пациенты информируются о своих правах письменно.

В приложении размещена памятка, которая выдается пациенту МЦППЗ г. Астана. Памятка содержит ссылку на Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который утратил силу, в связи с введением в действие с 10.10.09 г. Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения». В памятке пациенту не разъясняются такие основные права, как: право на свободу от пыток и жестокого обращения, право на уважение достоинства; право на обжалование в суд недобровольной госпитализации в ПУ, поставленного диагноза психического расстройства; право на получение квалифицированной медицинской помощи. В ходе мониторинга необходимые изменения и дополнения в памятку в связи с изменением национального законодательства работниками МЦППЗ г. Астана внесены, но важно учесть и содержание международных документов по правам человека, и в частности Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.

В мужском отделении №4 ПУ г. Павлодар, согласно данным, полученным от заведующего, о правах пациента устно информирует врач, заведующий отделением. В женском отделении №3 о правах информируют пациентов письменно.

В ПУ г. Усть-Каменогорск заведующие дневным стационаром и психотерапевтическим отделением сообщили, что пациентов информируют о правах врачи или медсестры; в диспансере пациентам о правах сообщают устно, заведующий отделением №2 отметил, что пациентов письменно информирует о правах врач.

Заведующий женским отделением ПУ г. Костанай сообщил, что пациентов о правах устно информирует медсестра, кроме того пациенты могут ознакомиться с правами на информационном стенде, который размещен в коридоре. В двух отделениях заведующие отметили, что о правах пациентам сообщает устно медсестра, дежурный врач. В одном, как пояснила заведующая: «в случае добровольной госпитализации он подписывает согласие на это, где как раз прописаны права пациента». Пациенты другого отделения, согласно сведениям заведующей, информируются о своих правах при поступлении в приемном покое, а в отделении они могут ознакомиться с этой информацией на стендах о правах и обязанностях, которые расположены в коридоре отделения. За-

<sup>113</sup> Из интервью главных врачей ПУ.

ведущая открытым отделением сообщила, что о правах пациент может узнать из информационных стендов в отделении. Заведующие двух отделений отметили, что пациенты кратко информируются о правах заведующим отделением, лечащим врачом, дополнительную информацию пациент может получить из информационных стендов в коридоре, а заведующая еще одним отделением пояснила, что если пациент потребует, медсестра сообщит ему о правах, но вся информация имеется на стендах, в коридорах отделения.

Хотелось бы отметить, что практика вручения каждому пациенту памятки о правах, что имеет место в г. Астана, является положительной и эффективным способом информирования о правах пациентов. Кроме того, пациенту обязательно устно должны быть разъяснены его права в доступной для него форме. Самостоятельное ознакомление пациента со своими правами посредством информационных стендов в коридорах отделения нельзя расценивать как эффективный способ информирования о правах, о чем свидетельствуют ответы пациентов стационара (только 1 человек узнал о своих правах, прочитав информацию, размещенную на стенде). Некоторые пациенты по прибытию в отделения помещаются в наблюдательные палаты<sup>114</sup> и какое-то время ограничены в личной свободе, так как не имеют физической возможности покидать эти палаты. Такое положение противоречит указанному выше Принципу 12.

Согласно результатам анкетирования медицинских работников 324 чел.: 116-129-18-61<sup>115</sup> в анкетах отметили, что в стационаре пациент информируется о своих правах. В тоже время 5 чел. из числа младшего медперсонала в ПУ г. Астана ответили, что пациентам информация о правах не предоставляется. 71 медработник: 23-16-0-32 отметил, что информирование о правах в их обязанности не входит. Такой вариант ответа дали 11 медсестер и 35 – из числа младшего медперсонала. В ПУ г. Астаны только один врач отметил, что это входит в его обязанности, в ПУ г. Костанай – 3 медсестры, в ПУ г. Павлодар – 2 врача.

На вопрос: если пациент информируется о своих правах, что именно ему сообщается, 268 (114-89-0-65) медицинских работников не ответили. 52 (7-26-14-5) медицинских работника отметили, что информируют пациента о праве на телефонные звонки. 49 (11-24-13-1) чел. отметили, что пациент информируется о праве на свидания. 21 медицинский работник отметил право на переписку (ПУ г. Костанай), еще 33 (2-17-13-1) - право на получение корреспонденции и периодической печати. 1 врач в ПУ г. Астана, 3 врача в ПУ г. Усть-Каменогорск и 6 медсестер ПУ г. Костанай отметили, что пациент информируется о праве на выбор врача. Так же 40 (8-27-0-5) работников здравоохранения отметили, что пациент информируется о праве на бесплатную медицинскую помощь и лечение. Ниже перечислены те права, о которых пациенты информируются при поступлении в стационар, согласно анкет, заполненных медицинскими работниками:

- «отказаться от лечения, если это не добровольное лечение» – 11 (3-0-3-5) медработников;
- «соблюдение внутрибольничного режима, правил внутреннего распорядка» - 5 медработников (ПУ г. Астана);
- «право на информирование о диагнозе, методах лечения» - 11 медработников (ПУ г. Астана, Усть-Каменогорск: 2-9);
- «право на информацию» – 3 медработника (ПУ г. Костанай);
- «иметь предметы первой необходимости» - 15 медработников (ПУ г. Астана, Павлодар: 3-12);
- «исполнять религиозные обряды» - 23 медработника (ПУ г. Астана, Костанай: 3-20);
- «получение передач, посылок» - 7 медработников (ПУ г. Костанай);
- «ходить на прогулку» - 11 медработников (ПУ г. Костанай);
- «в перерывах между лечением – просмотр телепередач, газет, журналов, книг» - 8 медработников (ПУ г. Астана, Усть-Каменогорск: 2-6);
- «обращаться к заведующему отделением по поводу лечения» - 3 медработника (ПУ г. Астана, Усть-Каменогорск: 2-1);
- «право на обследование и медицинский осмотр» – 4 медработника (ПУ г. Астана);
- «право на игру у детей» – 1 медработник (ПУ г. Астана);
- «право пациента пожаловаться врачу на плохое отношение со стороны среднего и младшего медперсонала» – 2 медсестры (ПУ г. Усть-Каменогорск);
- «право на выбор альтернативного лечения» – 2 врача (ПУ г. Усть-Каменогорск);
- «право на выбор адвоката» – 1 специалист по социальной работе (ПУ г. Усть-Каменогорск);
- «право обратиться при необходимости в суд, прокуратуру (оспаривание в суде диагноза)» – 2 врача (ПУ г. Усть-Каменогорск);
- «право на врачебную тайну» – 1 врач (ПУ г. Усть-Каменогорск);

<sup>114</sup> Согласно информации МЦППЗ г. Астана, в наблюдательную палату пациенты помещаются с учетом их психического состояния.

<sup>115</sup> Сведения указаны в следующем порядке: г. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

- «право на получение непрерывного образования» – 4 медработника (ПУ г.Астана);
- «право на полный объем лечения» – 17 медработников (ПУ гг. Астана – Павлодар: 1-16);
- «выбор лекарственных препаратов, методики обследования» – 1 врач (ПУ г. Костанай);
- «выбор одежды» - 2 медработника (ПУ г. Костанай);
- «право перевода денежных средств» - 2 медсестры (ПУ г. Костанай);
- «осуществление покупок (продукты питания, средства личной гигиены, одежда)» - 9 медработников (ПУ г. Костанай);
- «право на законного представителя» – 1 медсестра (ПУ г. Костанай);
- «свобода слова» – 1 медсестра (ПУ г. Костанай);
- «право на труд» – 1 медработник (ПУ г. Костанай);
- «право на свободное перемещение» - 1 медработник (ПУ г. Костанай);
- «право обращение с жалобами» - 1 медсестра и 2 санитарки (ПУ г. Костанай).<sup>116</sup>

Ни один медицинский работник не указал право пациента на уважение достоинства, неприкосновенность личности и свободу от пыток, жестокого обращения и наказания. Всего один работник в ПУ г. Усть-Каменогорск сообщил, что пациента информируют о праве на выбор адвоката.

В тоже время результаты анкетирования пациентов стационара показали, что 28% пациентов не знают свои права (54 чел.: 24-12-18),<sup>117</sup> но все-таки большая часть - 67% указали, что знают свои права. Пациенты перечислили следующие права, о которых они информированы:

- бесплатное лечение, диагностика, квалифицированная медицинская помощь - 24 пациента (ПУ гг. Костанай-Оскемен: 23-1);
- право получать информацию о ходе лечения – 3 пациента (ПУ г. Костанай);
- право на прием посетителей – 5 пациентов (ПУ г. Костанай);
- право на прогулки – 3 пациента (ПУ г. Костанай);
- право на бесплатное питание – 2 пациента (ПУ г. Костанай);
- право использовать телефон – 6 пациентов (ПУ гг. Астана-Костанай: 1-5);
- право на переписку – 2 пациента (ПУ г. Костанай);
- право на доступ к средствам массовой информации, литературе - 2 пациента (ПУ г.Костанай);
- право на просмотр телевизионных программ – 1 пациент (ПУ г. Костанай);
- право на совершение молитв – 2 пациента (ПУ г. Костанай);
- право носить свою одежду - 5 пациентов (ПУ г. Костанай);
- право на обращение к специалистам другого профиля - 1 пациент (ПУ г. Костанай);
- право на обращения с жалобами в вышестоящие инстанции - 2 пациента (ПУ г. Костанай);
- право свободно распоряжаться своими денежными средствами - 2 пациента (ПУ г. Костанай);
- право на жизнь, на труд – 8 пациентов (ПУ г. Астана);
- право на свободное передвижение и прогулки – 2 пациента (ПУ г. Астана);
- право на бесплатное лечение, помощь, бесплатные лекарства, жилищное пособие – 11 пациентов (ПУ г. Астана);
- право на образование – 1 пациент (ПУ г. Астана);
- право на отказ от лечения – 2 пациента (ПУ г. Астана);
- право на пятиразовое курение в день - 2 пациента (ПУ г. Астана);
- право на вежливое обращение – 2 пациента (ПУ гг. Астана и Усть-Каменогорск: 1-1);
- право знать, какие лекарства назначены – 1 пациент (ПУ г. Усть-Каменогорск).

Некоторые пациенты перечислили не права, а обязанности, которые на них возлагаются при нахождении в отделении:

- соблюдение внутреннего режима (распорядок дня, назначения лечащего врача )- 3 пациента (ПУ г. Костанай);
- быть вежливым, не нарушать законы РК, обходить неприятности – 1 пациент (ПУ г. Костанай);
- вести себя спокойно, не ругаться с сотрудниками – 1 пациент (ПУ г. Костанай);
- должен работать, трудиться – 1 пациент (ПУ г. Астана);
- не хулиганить, не пить- 1 пациент (ПУ г. Астана).

27,5 % пациентов указали, что узнали о своих правах от врача (53 пациента: 7-31-15).<sup>118</sup> 19% опрошенных пациентов стационара сообщили, что о правах их информировали медсестры и медбратья (36 пациентов: 4-32-0). 4 пациента (ПУ гг. Костанай, Усть-Каменогорск: 3-1) отметили, что о своих правах узнали от младшего медицинского персонала. 8% пациентов узнали о своих правах

<sup>116</sup> Из свода анкет медицинских работников ПУ.

<sup>117</sup> Сведения указаны в следующем порядке: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>118</sup> Сведения расположены в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

из книг, телевидения и газет (15 пациентов ПУ г. Астана, Костанай: 12-3). 8% пациентов отметили, что о своих правах они узнали от знакомых и родственников (15 чел.: 8-5-2). 4% опрошенных (7 чел.: 4-3-0) указали, что узнали о своих правах от других пациентов и 8 пациентов: 4-1-3 сообщили, что узнали о своих правах от правозащитников. 1 пациент ПУ г. Костанай указал, что узнал о своих правах из информационного стенда.<sup>119</sup>

Пациенты диспансера оказались менее информированными. Только 18% указали, что знакомы со своими правами (6 чел. ПУ г. Астана, Костанай: 5-1). 56% пациентов указали, что свои права свои не знают (19 чел. ПУ г. Астана, Костанай: 8-11). Указали права, которые они знают, всего 2 пациента. 1 сообщил о том, что он информирован о праве на бесплатное лекарство и право не быть госпитализированным без его согласия (ПУ г. Астана); еще 1 пациент отметил, что он знает о своем праве на право на жилье как инвалид 2 группы, а также право на бесплатные лекарства.<sup>120</sup>

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, о том, что пациенты ПУ недостаточны информированы о своих правах, в частности, о праве обжалования диагноза в суд, право на свободу от пыток, личную свободу, неприкосновенность, уважение достоинства и др.

#### 4.5. Доступ к юридической помощи

П.3 ст.13 Конституции гласит: «Каждый имеет право на получение квалифицированной юридической помощи. В случаях, предусмотренных законом, юридическая помощь оказывается бесплатно».

Ст.14 МПГПП в качестве минимальной гарантии лица, ограниченного в своей личной свободе, называет доступ к защитнику и выбор защитника по своему усмотрению.

Согласно Принципу 17 Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, «задержанное лицо имеет право на получение юридической помощи со стороны адвоката».

Принцип 1 Принципов защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи в п.п.6 и 7 закрепляет требование о необходимости назначения личного представителя лицу при решении вопроса о его дееспособности и потребности в личном представителе; право быть представленным адвокатом при решении вопроса о дееспособности, а в случае отсутствия достаточных средств – бесплатно.

Принцип 18 устанавливает *право пациента выбрать и назначить адвоката для представления пациента как такового, включая представительство в ходе любой процедуры рассмотрения жалобы или апелляции. Пациент и его адвокат могут запросить и представить во время любого слушания независимое психиатрическое заключение и любые другие заключения, а также письменные и устные доказательства, которые относятся к делу и являются приемлемыми. Копии истории болезни пациента и любые доклады и документы, которые подлежат представлению, вручаются пациенту или адвокату пациента, за исключением особых случаев, когда установлено, что раскрытие конкретной информации пациенту причинит серьезный ущерб здоровью пациента или поставит под угрозу безопасность других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любой документ, не представленный пациенту, должен быть, когда это можно сделать конфиденциально, вручен личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая часть какого-либо документа не представляется пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о непредставлении и о его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке. Пациент и личный представитель, и адвокат пациента имеют право присутствовать на любом слушании, участвовать в нем и быть заслушанными.*<sup>121</sup>

В Кодексе не указано специально право на квалифицированную юридическую помощь в перечнях прав граждан, прав пациента и прав лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями). Между тем, имеются упоминания о представителе интересов последних при оказании психиатрической помощи.

Пациент ПУ должен быть проинформирован о своем праве, и ему должны быть предоставлены возможности для осуществления этого права. Если пациент не располагает достаточными денежными средствами для приглашения адвоката, и в таком случае пациент должен иметь возможность воспользоваться услугами адвоката назначенного ему, без оплаты услуг.

Как видно из анкетирования адвокатов, посещают ПУ они нечасто. Из 86 опрошенных адвокатов, за все время своей практики, только 21 адвокат: 7-4-10<sup>122</sup> посещал ПУ. Из них 10 (5-2-3) адвокатов посещали ПУ в качестве адвоката, услуги которого оплачиваются государством, 7 (3-2-2)

<sup>119</sup> Из свода анкет пациентов стационара.

<sup>120</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

<sup>121</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>122</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

адвокатов заключили соглашение с родственниками пациента ПУ; 1 адвокат из г. Усть-Каменогорск указал, что стал адвокатом пациента по письменному обращению клиента, еще к одному адвокату пациент обратился по телефону. Кроме того, один из адвокатов в г. Усть-Каменогорск указал, что пациент больницы обратился к нему лично, после выписки из стационара.<sup>123</sup>

Согласно сведениям, полученным от главных врачей, в ПУ гг. Астана и Костанай работает юрисконсульт (в ПУ г. Костанай на 0,5 ставки), и пациенты за юридической консультацией могут обратиться к нему. Главный врач ПУ г. Усть-Каменогорск пояснила, что «пациенты могут самостоятельно, либо через родственников обратиться к адвокату. Какой-либо договоренности с адвокатскими конторами - не заключено».<sup>124</sup>

Большая часть опрошенных пациентов стационаров – 55,4% (107 чел.: 30-46-31) сообщили, что знают о своем праве на доступ к адвокату и юридической помощи, но в этом необходимости у них пока не возникало. 25,9 % (50 чел.: 23-19-8) пациентов отметили, что о такой возможности не знали, и не задумывались об этом. 5,7% пациентов (11 чел.: 9-2-0) отметили, что нуждаются в адвокате, но им все время отказывают в юридической помощи, сколько бы они об этом не просили. 6,7 % (13 чел.: 10-2-1) опрошенных пациентов сообщили, что знают о праве на доступ к адвокату и юридической помощи и воспользовались этим правом в больнице. 1 пациентка ПУ г. Астана указала, что для приглашения адвоката нужны деньги.<sup>125</sup>

41,2 % опрошенных пациентов диспансеров гг. Астана и Костанай сообщили, что знали о праве на получение юридической помощи, но не было необходимости в приглашении адвоката (8 чел.: 5-3). 11,8 % пациентов указали, что адвоката им не предоставляли в больнице, сколько бы они об этом ни просили (4 чел.: 2-2). 5 респондентов в г. Астана сообщили, что не знали о таком праве, и никогда не задумывались, 1 пациент сообщил, что мог воспользоваться помощью адвоката/ юриста в ПУ г. Астана.<sup>126</sup>

**На основании указанных выше данных можно сделать вывод, что проблема доступа пациентов ПУ к адвокату/ юридической помощи остается актуальной на сегодняшний день, и не каждый пациент может воспользоваться данным правом, в том числе по причине отсутствия средств.**

Кроме того, адвокаты, которые посещали ПУ, отметили ряд проблем, с которыми они столкнулись.

10 адвокатов сообщили о том, что со своим клиентом в ПУ они не могли встречаться конфиденциально (5-2-3);<sup>127</sup> 2 адвоката (1-1-0) ответили, что такую возможность им иногда предоставляли, но не всегда; 11 адвокатов (3-2-6) ответили, что могли встречаться со своими клиентами наедине. Один адвокат (г. Астана) отметил, что очень много времени занимает процедура согласования визита в больницу, аналогичную проблему выделил и адвокат из г. Усть-Каменогорск. Еще один адвокат из г. Усть-Каменогорск отметил целый ряд важных проблем: «дела такой категории рассматриваются с выездом в ПУ, где нет специально приспособленных для этого помещений, у защитников нет возможности для предварительной встречи с подзащитным. Решения по данной категории дел заранее предрешены заключением, которое дается врачами этого же ПУ, основания для проведения иной судебно-психиатрической экспертизы судьями всегда исключаются, основная проблема заключается в отсутствии независимой организации, проводящей такого рода экспертизы. Судьи исходят из презумпции того, что заключения частных организаций не принимаются во внимание, несмотря на наличие лицензии. Достоверными признаются лишь заключения государственных организаций». Еще один адвокат из г. Усть-Каменогорск как проблему выделил запрет проносить аудио-, видеоаппаратуру, ручки, карандаши – все это объясняется целями безопасности.

Как показали результаты анкетирования адвокатов в гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск, чаще всего адвокаты выступают по делам, связанным с признанием человека недееспособным – такой вариант ответа отметили 23 (9-3-11) адвоката. Еще 16 (7-4-5) отметили, что выступали по делам о применении медицинских мер принудительного характера. 10 адвокатов (4-2-4) сообщили, что выступали по делам о производстве психиатрической экспертизы. Всего у одного адвоката была практика по делу о недобровольной госпитализации в ПУ. Большая часть адвокатов по такого рода делам была предоставлена на счет государства – 29 чел.: 14-7-8; 12 (4-3-5) адвокатов заключили соглашение с родственниками пациента ПУ.

21 (8-6-7) из опрошенных адвокатов отметили, что пациенту, при рассмотрении дела в суде, предоставлялась выписка из истории болезни; 8 адвокатов: 3-1-4 отметили, что выписка никогда

<sup>123</sup> Из свода анкета адвокатов.

<sup>124</sup> Из свода интервью главных врачей.

<sup>125</sup> Из свода анкет пациентов стационара. Между тем, согласно утверждению администрации МЦППЗ г. Астана, последние не располагают сведениями о данном факте.

<sup>126</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

<sup>127</sup> Сведения указаны в следующем порядке: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

не предоставляется; 6 адвокатов сообщили, что выписку иногда предоставляют. Отказы в выдаче выписки из истории болезни мотивируют отсутствием запроса, ссылкой на врачебную тайну.

Большая часть опрошенных адвокатов сообщили, что при рассмотрении дела в суде, которое затрагивает права, свободы, законные интересы пациентов, сами пациенты, не присутствуют, такой вариант ответа отметили 22 чел.: 12-6-4; 12 чел.: 3-3-6 отметили, что пациенты, при рассмотрении дел, которые затрагивают их права и законные интересы, присутствуют. Как правило, пациентам решение не вручается (такой вариант ответа выбрали 20 адвокатов: 11-3-6), а выдают его родственникам, представителям.

4 (1-1-2) адвоката сообщили, что существует договоренность об оказании бесплатной юридической помощи коллегии адвокатов в ПУ.

**Некоторые адвокаты отметили, что есть необходимость заключения меморандума или соглашения коллегии адвокатов с ПУ для юридической поддержки пациентов, причем трехстороннее (третья сторона, к примеру, Департамент финансов области, для того, что это соглашение было не формальным, а финансово обеспеченным).**

**На основании вышеприведенной информации необходимо отметить, что адвокаты нередко ограничены в своих правах.**<sup>128</sup>

#### 4.6. Контакты с внешним миром

Сохранение контактов с внешним миром - одно из важных прав, которое должно соблюдаться в отношении лиц, лишенных или ограниченных в свободе. Полная изоляция отрицательно сказывается на процессе лечения и реабилитации пациентов.

Конституция в ст.ст.22, 18 гарантирует каждому человеку свободу совести, вероисповедания, право на тайну личных вкладов и сбережений, переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Эти права указываются в ст.ст.17 и 18 МПГПП.

Согласно п.1 Принципа 13, *«любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право (...) свободы общения, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению».*

П.п.4 п.1 ст.91 Кодекса называет в числе прав пациентов поддержку со стороны семьи, родственников и друзей, а также служителей религиозных объединений.

П.п.5 п.2 ст.120 Кодекса определяет право лиц с психическими расстройствами (заболеваниями) на ведение переписки, получение и отправку посылок, бандеролей, денежных, почтовых переводов, пользование телефоном, прием посетителей, подписку на периодические печатные издания.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера в государственных психиатрических учреждениях специализированного типа с интенсивным наблюдением, имеют право на пользование междугородней телефонной связью, контрольным счетом наличности за счет собственных средств.<sup>129</sup>

В каждом отделении стационара установлен график посещения пациентов. В ПУ г. Астана посещение пациентов стационара возможно с 10 до 12 часов, и с 16 до 19 часов. В летнее время график посещений несколько иной - с 16 до 18 и с 18.30 до 20 часов.

В ПУ г. Усть-Каменогорск несколько иная ситуация. Например, в отделении №1 свидания жестко ограничиваются всего 20 минутами, о чем свидетельствует вывеска на стене. Посещения разрешаются только после 16 часов, ежедневно, кроме понедельника, являющегося санитарным днем. В отделении №2 свидания с родственниками разрешаются ежедневно - с 10.00 до 12.00 часов, с 16.00 до 18.00 часов. В отделении №3, согласно графику, посещения разрешены со вторника по пятницу с 16.00 до 18.00 часов, в субботу и воскресенье с 10.00 до 12.00 часов и с 16.00 до 18.00 часов.

В ПУ г. Костанай посещения пациентов в отделении №1 разрешены с 9.00 до 19.00 часов, в отделениях №3, 4 и 8 свидания пациентам разрешены с 8 до 19 часов ежедневно.

Таким образом, мы видим, что в некоторых стационарах право на встречи пациентов с родственниками, знакомыми – это вполне естественный процесс, который никоим образом не ограничивается, несмотря на то, что данное учреждение является закрытым – родственники всегда могут свободно посетить пациента. В некоторых отделениях право на встречи необоснованно ограничивается.

<sup>128</sup> Из свода анкет адвокатов.

<sup>129</sup> Пункты 4 и 5 пункта 3 статьи 120 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Для посещений пациентов в некоторых отделениях оборудованы специальные комнаты, а в некоторых – встречи проходят в коридорах.

В ПУ г. Астана в отделениях №1-4 оборудованы отдельные комнаты для свиданий, оснащенные мебелью, информационными стендами. В отделении №5 комната для свиданий оборудована в коридоре (перед входом в отделение), под лестницей. В отделении №6, как отметил наблюдатель, комната для встреч больных с родственниками есть, но назвать это помещение «специально оборудованной для встреч комнатой трудно» - помещение находится при входе в корпус - на 1 этаже, и больше похоже на проходную.<sup>130</sup> Таким же образом оборудовано и помещение для свиданий в отделении №2 ПУ г. Костанай. Однако в отделениях №1, 3-6 имеются уютные комнаты для посещений. В отделении №7 как таковой комнаты для посещений нет; пациенты могут принимать посетителей в отведенном для свиданий уголке, который находится в конце коридора, возле палаты первичных эпизодов. Фактически, в конце коридора стоят два пластиковых стола, две скамьи, несколько стульев.<sup>131</sup>

В отделениях №1-3 ПУ г. Усть-Каменогорск для посещений оборудованы специальные комнаты, в отделении №4 для свиданий используется рекреация. В отделении №5 такое помещение отсутствует, а пациенты дневного стационара могут для встреч использовать помещение для отдыха пациентов.<sup>132</sup>

Согласно информации, полученной от заведующих отделениями, свидания пациентов разрешены в каждом стационаре. Между тем, отмечены некоторые различия. Например, в ПУ г. Астана при проведении свиданий в отделениях №1, 3, 4, 5 в комнате находится медсестра/ медбрат (в отделении №3 дополнительно младший медперсонал, в отделении №7 – только при необходимости), в отделении №2 никто не присутствует.

В большинстве отделений ПУ г. Костанай заведующие отметили, что пациенты могут встречаться с родственниками и знакомыми. В отделениях №1 и 3 заведующие отметили, что если пациент спокоен, не представляет опасности для себя и окружающих, то при встречах с постелями никто из медицинского персонала не присутствует. В отделении №4 в комнате посещений присутствует санитар, в отделении №7 рядом с комнатой свиданий находится санитарный пост, на котором постоянно дежурит младший медицинский персонал – такой подход обеспечивает безопасность для самого пациента и окружающих, а также не стесняет посетителей.

Заведующий отделением №4 ПУ г. Павлодар отметил, что по желанию пациентов встречи предоставляются как с родственниками, так и с друзьями, при посещении в комнате находится младший медицинский персонал.

Во всех вышеописанных стационарах заведующие сообщили о том, что возможны посещения пациентов и вне установленного графика, в исключительных случаях, или если посетитель приехал из другого района.

В ПУ г. Усть-Каменогорск практически все заведующие категорически отметили, что свидания разрешены только в установленные часы, за исключением заведующей отделением №4, которая пояснила, что посещения разрешены в любое время кроме «сончаса» и ночного времени.<sup>133</sup>

В большинстве анкет опрошенных пациентов стационара не сообщается о запрете на посещения его родственниками/ знакомыми. 78% пациентов (150: 56-57-37)<sup>134</sup> отметили, что их могут посещать по установленному в отделении графику. 1 пациентка ПУ г. Астана указала, что навещать ее могут только один раз в неделю. 5 пациентов ПУ г. Костанай отметили, что посещения разрешены в любое время, а 1 пациент - «до закрытия больницы». 1 пациентка ПУ г. Астана сообщила, что «когда пациент находится в наблюдательной палате, посещения для него запрещены». 1 пациент этой же больницы сообщил, что к нему приходят друзья и одноклассники, но почему-то их не пускают. Еще один пациент сообщил о том, что свидания запрещены с бывшими пациентами больницы.<sup>135</sup>

79% пациентов диспансера (27 чел. ПУ г. Астана, Костанай: 14-13) отметили, что посещения были возможны по установленному в отделении графику.<sup>136</sup>

Родственники и знакомые, которые навещали пациентов ПУ, в анкетах отметили, что посещения разрешают 1 раз в неделю (гг. Костанай, Усть-Каменогорск: 3-1), другие же сообщили, что

<sup>130</sup> Из свода карт наблюдений ПУ, г. Астана. Согласно сведениям МЦППЗ, в 2010 г. во время ремонта запланирована организация специально оборудованных мест для свиданий.

<sup>131</sup> Из свода карт наблюдений ПУ, г. Костанай.

<sup>132</sup> Из свода карт наблюдений ПУ г. Усть-Каменогорск.

<sup>133</sup> Из свода опросников заведующих отделениями.

<sup>134</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>135</sup> Из свода анкет пациентов стационара. По сведениям МЦППЗ г. Астана, в отношении пациентов, находящихся в наблюдательной палате, решение о свидании с родственниками принимается лечащим врачом; причем учитывается психическое состояние пациента.

<sup>136</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

посещения разрешены каждый день (33 чел. гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск: 3-25-5), 1 человек в г. Костанай отметил «без ограничений».<sup>137</sup>

Учитывая, что в ПУ находятся пациенты, родственники которых проживают достаточно далеко от больницы, и не могут часто навещать пациента, представляется целесообразным установка таксофонных аппаратов в отделениях больницы.

56,5% опрошенных пациентов стационара (109 чел.: 57-20-32) отметили, что могут пользоваться телефоном только с разрешения заведующего. 15% пациентов сообщили, что в отделении нет телефона (29 чел.: 5-23-1). 7 пациентов (ПУ гг. Астана, Усть-Каменогорск: 5-2) указали, что им запрещали пользоваться телефоном.<sup>138</sup>

55,9% опрошенных пациентов диспансера (19 чел. ПУ гг. Астана, Костанай: 8-11) сообщили, что при нахождении в стационаре могли пользоваться телефоном, но только с разрешения медицинского персонала. 17,6% пациентов (6 чел. ПУ гг. Астана, Костанай: 4-2) сообщили, что телефона в отделении не было. 2 пациента в г. Астана сообщили, что телефон в отделении был, но пользоваться им не разрешали.<sup>139</sup>

Результаты мониторинга отделений ПУ, в том числе отделений №3 и 4 в г. Павлодар, показали, что стационары не оснащены таксофонами, телефоны расположены в сестринских комнатах или кабинетах заведующих. В отделении №1 ПУ г. Астана телефон находится в сестринской комнате, пациенты могут звонить, но под присмотром врача, либо врач сам может по просьбе ребенка позвонить его родителям, родственникам. В отделении №2 телефона для пациентов нет. В отделении №3 так же нет таксофона, но пациентам с разрешения врача можно воспользоваться телефоном отделения. В отделении №4 телефон есть, но доступа у пациентов к нему нет. В отделении №5 телефон находится в лекарственной комнате, телефоном можно воспользоваться бесплатно, пациенты могут звонить родственникам только в крайних случаях. В отделении №6 телефон находится в кабинете у заведующего, и воспользоваться им пациенты могут только с разрешения врача.<sup>140</sup>

В отделении №1 ПУ г. Костанай могут звонить только по мобильным телефонам те пациенты, у которых они есть, аналогичная ситуация в других отделениях. Но, как правило, мобильные телефоны сдаются на хранение в сейф старшей медицинской сестре и выдаются по просьбе пациента. После звонка телефон снова сдается на хранение в сейф. Как пояснил медицинский персонал, делается это в целях безопасности (чтобы пациенты не повредили телефоном себя или окружающих), а так же с целью сохранности имущества пациента.<sup>141</sup>

В ПУ г. Усть-Каменогорск мобильными телефонами разрешено пользоваться только пациентам открытых отделений, в остальных стационарах мобильные запрещены, а стационарные телефоны/ таксофоны отсутствуют.<sup>142</sup>

В отделении №3 ПУ г. Павлодар на посту имеется городской телефон, которым могут воспользоваться пациенты с разрешения медицинских работников.<sup>143</sup> Отсутствие междугородней связи затрудняет общение иногородних пациентов с родными и знакомыми.

Несколько заведующих отделениями сообщили, что мобильные телефоны разрешены в стационаре. В основном это открытые отделения, дневной стационар (отделения №2 и 7, дневной стационар ПУ г. Астана, отделение №5 ПУ г. Костанай, отделения №3 и 4 ПУ г. Павлодар, отделение №4 и дневной стационар ПУ г. Усть-Каменогорск).

В отделениях №4, 5, 6 ПУ г. Астана и №1, 2, 5 ПУ г. Усть-Каменогорск заведующие категорически заявили, что мобильные телефоны в отделениях запрещены. В отделениях №1-4, 8 ПУ г. Костанай заведующие отметили, что мобильные телефоны разрешены, но для их сохранности - сдаются старшей медицинской сестре отделения на хранение в сейф, по просьбе пациента телефон выдается ему. Заведующий отделением №7 ПУ г. Костанай пояснил, что этот вопрос всегда разрешается в индивидуальном порядке: например, возбужденному пациенту телефон противопоказан. Еще одно условие – у телефона не должно быть камеры. Кроме того, если телефон пациенты оставляют у себя, они пишут расписку, что в случае утери или порчи телефона персонал отделения не несет ответственности за это. Если эти условия не выполняются или не могут быть выполнены, тогда пациент, как и другие ценные вещи, сдает телефон на хранение в сейф и при необходимости обращается к старшей медсестре, она выдает телефон, он делает необходимые звонки и снова сдает телефон на хранение.

Родственники пациентов отметили, что больной может звонить из больницы (4 чел. в г. Костанай), 10 человек отметили, что такой возможности у пациента нет (гг. Костанай, Усть-Каменогорск: 9-1), еще 5 человек отметили, что пациент может звонить только иногда (гг. Астана,

<sup>137</sup> Из анкет родственников пациентов ПУ.

<sup>138</sup> Анкеты пациентов стационара.

<sup>139</sup> Анкеты пациентов диспансера.

<sup>140</sup> Из свода карт наблюдений ПУ г. Астана.

<sup>141</sup> Из свода карт наблюдений ПУ г. Костанай.

<sup>142</sup> Из свода карт наблюдений ПУ г. Усть-Каменогорск.

<sup>143</sup> Из карты наблюдения ПУ г. Павлодар.

Костанай, Усть-Каменогорск: 1-3-1). 19 человек отметили, что необходимость в звонках отсутствует (г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск: 1-14-4).<sup>144</sup>

Согласно информации, полученной от заведующих ПУ, в больнице г. Астана в двух отделениях входящая и исходящая корреспонденция пациентов цензуре не подвергается. Исходящая корреспонденция, по сведениям четырех заведующих отделениями ПУ г. Астана отправляется за счет ПУ. В одном отделении ПУ г. Усть-Каменогорск так же почта отправляется за счет ПУ, но сомнительные адресаты просматриваются, переписка перечитывается, а заведующий другим отделением ПУ г. Усть-Каменогорск сообщил, что «исходящая корреспонденция не передается». Во всех отделениях ПУ г. Костанай исходящая корреспонденция отправляется за счет пациента. Однако заведующая отделением отметила, что если у пациента нет средств на отправку письма, могут отправить за счет больницы. Две заведующие отделениями также сообщили, что корреспонденция подвергается цензуре: ее просматривает заведующий отделением и старшая медсестра, либо врач. Заведующая другим отделением отметила, что если пациент в бреде, дефектный больной, она сама может просматривать исходящую корреспонденцию, если куда-то в контролирующие инстанции письмо, и написано бредовым больным, то оно не отправляется, а вклеивается в историю болезни, входящая корреспонденция также подлежит цензуре.

Заведующие отделениями ПУ г. Павлодар сообщили, что корреспонденция цензуре не подвергается и отправляется за счет средств ПУ.<sup>145</sup>

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что нет единого правила по отправке и получению корреспонденции пациентов в ПУ (письма могут отправлять и за счет ПУ, и за счет самого пациента). В некоторых стационарах почта подлежит цензуре, в других - нет. *Согласно Принципу 13 цензура частных сообщений пациентов запрещена.* Кроме того, в нарушение этого же Принципа пациенты не везде имеют свободный доступ к почтовым услугам, а телефонными услугами фактически разрешено пользоваться только пациентам открытых отделений стационаров.

*Кроме того, пациенты должны иметь свободный доступ «к газетам, радио и телевидению».*<sup>146</sup>

Практически в каждом отделении пациенты имеют возможность просматривать телевизионные передачи, лишь в отделениях №2, 3 ПУ г. Усть-Каменогорск наблюдатель не отметила наличие телевизора.

В отделениях №5, 6 ПУ г. Астана наблюдатели сообщили, что просмотр передач возможен только в присутствии врачей. После просмотра телевизор полностью отключается, шнуры убираются. В отделении №1 ПУ г. Усть-Каменогорск черно-белый телевизор со звуком и изображением очень низкого качества. В отделении №5 ПУ г. Астана все пациенты, кроме тех, кто находится в наблюдательной палате, могут просматривать телевизионные передачи, но только в определенное время – после полдника.<sup>147</sup>

В отделениях №3, 5 г. Астана, №3 г. Павлодар телевизоры для пациентов находятся в неудобном для просмотра телепередач месте, так как в установлены не в отведенной, а проходной части коридора отделения.

Большая часть опрошенных пациентов стационара - 83,9% (162 чел.: 54-66-42)<sup>148</sup> сообщили, что они могут смотреть телевизор в ПУ и для этого оборудована специальная комната. 6 пациентов ПУ г. Астана отметили, что в отделении нет телевизора и радио, еще 10 пациентов сообщили, что у них в отделении свой телевизор и радио (ПУ гг. Астана, Костанай: 9-1). 1 пациент ПУ г. Астана отметил, что может просматривать телевизор только вечером или ночью; 3 пациента ПУ г. Астана - могут смотреть телевизор только иногда; 2 пациентки отметили – редко.<sup>149</sup>

Большая часть опрошенных пациентов диспансера 64,7% сообщили о том, что могли при нахождении в стационаре просматривать телевизор, и для этого была специально оборудована комната. 1 пациент ПУ г. Астана отметил, что мог смотреть телевизионные передачи «немного», еще 4 пациента имели свои телевизоры (ПУ гг. Астана, Костанай: 3-1).<sup>150</sup>

В ПУ г. Костанай наблюдатель отметила наличие периодических изданий: отделения №1 и 5 подписаны и получают региональную и районную газету (на 2-х языках); отделения №2-4, 7 подписаны на районную газету.<sup>151</sup> В отделении №6 ПУ г. Астана медицинский персонал сообщил, что читать пациентам запрещено, но иногда медицинские работники покупают для пациентов газе-

<sup>144</sup> Из анкет родственников ПУ.

<sup>145</sup> Свод опросников заведующих отделениями.

<sup>146</sup> Подпункт «с» пункта 1 Принципа 13.

<sup>147</sup> Из свода карт наблюдений ПУ гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск, Павлодар.

<sup>148</sup> Сведения расположены в следующем порядке: г. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>149</sup> Анкеты пациентов стационара.

<sup>150</sup> Анкеты пациентов диспансера.

<sup>151</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Костанай.

ты.<sup>152</sup> В отделении №3 ПУ г. Павлодар отделение подписано на 1 газету, издаваемую только на государственном языке.<sup>153</sup> В других стационарах наличие периодических изданий не отмечено.

Наблюдается бедственное положение с наличием библиотеки во всех стационарах, поскольку средств на приобретение литературы не выделяется. Так, например, в отделениях №1-3, 5 ПУ г. Усть-Каменогорск и отделениях №1 и 2 ПУ г. Астана библиотека совсем отсутствует, но медицинский персонал сообщил, что пациенты могут иметь свои книги. Сотрудники отделения №2 ПУ г. Астана сообщили о наличии общей библиотеки в главном корпусе, но наблюдатели высказали сомнения в том, что пациенты имеют к ней доступ. Во всех отделениях ПУ г. Костанай есть небольшие библиотеки, но все это книги, принесенные медицинским персоналом.

**Таким образом, результаты мониторинга показали, что пациенты ПУ в некоторых стационарах ограничены в контактах с внешним миром, не имеют доступа к газетам, иногда - телевидению, имеют место необоснованные ограничения на встречи с родственниками и знакомыми.**

Ни в одном из стационаров, за исключением отделения №3 г. Павлодар, не оборудовано помещение для осуществления религиозных обрядов. В ПУ г. Костанай во всех отделениях имеются так называемые «религиозные уголки», расположенные в комнатах для отдыха пациентов, которые также служат и библиотекой и помещением для занятий трудотерапией. В отделении №2 ПУ г. Астана религиозные обряды пациенты могут совершать при необходимости в комнате для отдыха, а в других отделениях - в палатах. В ПУ г. Усть-Каменогорск комнаты для осуществления религиозных обрядов отсутствуют.

#### **4.7. Выбор лечения, информирование о методах и способах лечения**

Нормы диагностики и лечения устанавливает Министерство здравоохранения РК. Согласно данным главного врача, г. Костанай, «они прописаны в протоколах диагностики и лечения», и закреплены в стандартах – по данным главного врача в г. Усть-Каменогорск. Нетрадиционные методы диагностики и лечения не применяются в 3-х ПУ.

В настоящее время ни в одном из 3-х ПУ инсулино-коматозная и электро-судорожная терапии не применяются. Согласно ответу главного врача в г. Астана, «в других регионах РК такие методы в лечебных целях используются».

На вопрос о том, **кто устанавливает нормы диагностики и лечения в Вашем отделении**, получены три варианта ответа заведующих отделениями:

1) «Шифр болезни: Существуют МЭС (стандарты)/ Согласно стандартам/ Проведение диагностики, сроков лечения проводится согласно мед. стандартам, утвержденным органом здравоохранения/ Нормы устанавливаются Международной классификацией болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения» - 7 чел.: 4-1-1-1.

2) «Стандарт лечения и обследования (носит рекомендательный характер): Работаем согласно протоколам диагностики и лечения, другим нормативным документам, установленным МЗ РК/ Протоколы лечения/ Протокол, лечение и обследование лиц с психическими расстройствами/ Нормы лечения и диагностики прописаны в протоколе, который утверждается МЗ РК/ Нормы устанавливает государство/ Все лечение и диагностика – утверждена МЗ, прописана в приказах, Кодексе – все по этим нормам» - 12 чел.: 1-6-2-3.

3) «Заведующий отделением и лечащий врач/ Нормы лечения больных зависят от психического состояния больных» - 3 чел.: 1-1-0-1.

Не указали ответа 3 заведующих отделениями: 2-0-0-1.

В соответствии с п. 1 ст.29 Конституции РК только гражданам принадлежит право на охрану здоровья, в то время как п.1 ст.12 МПЭСКП признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В п.п.d) п.2 ст.12 МПЭСКП определяет: «государство должно создать условия, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни». Право на охрану здоровья закреплено и в Хартии социальных прав и гарантий граждан СНГ от 29.10.1994 г.

Согласно п.1 Принципа 11 «Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия», кроме тех случаев, когда:

- *пациент госпитализирован в принудительном порядке и не имеет законного представителя;*

- *независимый полномочный орган удостоверился в том, что в данный момент пациент не в состоянии дать или не дать осознанное согласие на предлагаемый курс лечения или, если это предусмотрено внутригосударственным законодательством, в том, что с учетом собственной безопасности пациента или безопасности других лиц пациент необоснованно отказался дать такое согласие;*

<sup>152</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Астана.

<sup>153</sup> Карта наблюдений ПУ г. Павлодар.

- независимый полномочный орган установил, что предлагаемый курс лечения наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента;

- специалист, работающий в области психиатрии, определит, что необходимо срочно назначить это лечение, чтобы предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам;

- клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели.

Но даже в этих случаях Принципы требуют прилагать «...все усилия к тому, чтобы информировать пациента о характере лечения и о любых возможных альтернативных методах, а также, насколько это возможно, привлечь больного к разработке курса лечения».<sup>154</sup>

В соответствии с п.2 Принципа 11 «осознанное согласие - это согласие, получаемое свободно, без угроз или неоправданного принуждения после надлежащего предоставления пациенту в форме и на языке, понятном ему, достаточной и ясной информации о:

а) предварительном диагнозе;

б) цели, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах предлагаемого лечения;

с) альтернативных методах лечения, включая менее инвазивные;

д) возможных болевых ощущениях и ощущениях дискомфорта, возможном риске и побочных эффектах предлагаемого лечения».

Кодекс также предусматривает права граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством РК; свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь; дополнительные медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет собственных средств, средств организаций, системы добровольного страхования и иных незапрещенных источников; получение медицинской помощи за рубежом за счет бюджетных средств при наличии показаний в порядке, определяемом Правительством РК; возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники; ходатайство о привлечении независимых экспертов в случае несогласия с выводами государственной медицинской экспертизы;<sup>155</sup> права лиц с психическими расстройствами на «отказ на любой стадии лечения от использования медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки; приглашение специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи (с согласия последнего), для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Кодексом», получение медицинских услуг сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет собственных средств.<sup>156</sup>

Кроме того, Кодексом устанавливается обязанность врача предоставлять пациенту «... или его законному представителю, или адвокату информацию о характере психического расстройства (заболевания), о целях и методах лечения, а также данные о продолжительности рекомендуемого лечения, о возможных болевых ощущениях, побочных эффектах и об ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации».

П.п.2, 3, 5, 6 п.1 ст.91 Кодекса определяют права пациентов на: медицинскую помощь в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов; выбор, замену врача или медицинской организации; облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий; получение независимого мнения о состоянии своего здоровья и проведение консилиума; п.п.3 и 7 той же части и статьи Кодекса: «Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента. Пациенты, получающие медицинскую помощь в условиях клинических баз организаций образования в области здравоохранения, имеют право отказаться от участия в учебном процессе, а также от присутствия третьих лиц при проведении лечебно-диагностических процедур».

Кроме того, п. 4 ст.14 ЗРК «О социальной защите инвалидов» определяет право граждан РК на получение бесплатно гарантированного объема медицинской помощи, установленного законом

Согласно ответам заведующих отделениями вся психиатрическая помощь оказывается бесплатно, отдельных видов платных услуг нет. Платных палат нет. Это сообщили и главные врачи гг. Астана, Костанай и Усть-Каменогорск.

По сведениям, полученным от 12,5% опрошенных заведующих отделениями, о диагнозе заболевания ставятся в известность только родители, либо законные представители ребенка, паци-

<sup>154</sup> Пункт 9 Принципа 11 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>155</sup> Статья 88 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

<sup>156</sup> Статья 120 Кодекса.

енту о его диагнозе ничего не сообщается. 12,5% в гг. Астана и Костанай пояснили, что о диагнозе пациент информируется лечащим врачом или заведующим отделением. 8,3% заведующих отделениями ПУ гг. Астана и Костанай сообщил, что при необходимости пациент информируется о диагнозе врачом, но не всегда, т.к. все зависит от состояния больного. 8,3% заведующих пояснили, что «пациентов информируют о диагнозе, если они сами спросят об этом, и диагноз сообщается в «мягкой форме», чтобы не вызвать агрессии со стороны пациента или депрессивного состояния в связи с озвученным диагнозом». 20,8% заведующих гг. Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск указали, что пациент о диагнозе не информируется. Причем 1 заведующий отделением ПУ г. Костанай сообщил, что «пациенты обычно сами не спрашивают о диагнозе, и медицинские работники не информируют пациентов».

Отношение «врач - больной» в психиатрической практике - один из фундаментальных лечебных факторов. Очень важно, чтобы врач постоянно беседовал с пациентом, сообщал о методах лечения и изменении курса лечения, если такое необходимо.

«Право на выбор врача» - не роскошь, не второстепенное излишество, а то, что в психиатрическом стационаре составляет базовое право, тесно связанное с правом на адекватное лечение. Врач-психиатр, который не сумел добиться доверия и симпатии больного или вызвал антипатию, не может быть полноценным организатором лечебного процесса. В таких случаях необходима замена врача, и нужно предпринять все возможное для обеспечения этого права пациента. Но в условиях серьезной нехватки специалистов в большинстве из осмотренных психиатрических стационаров, когда ПУ не укомплектовано врачебными кадрами на 42 % (ПУ г. Костанай), 27,2 % (ПУ г. Усть-Каменогорск), реализация права пациента на выбор врача практически невозможна.

Между тем пациенты в большинстве своем не осведомлены о праве на выбор врача (ни один из пациентов не указал на это право в своей анкете). Вместе с тем пациенты отметили право на получение информации о методах лечения и препаратах, которые им назначают.

Для обеспечения адекватного лечения пациент должен иметь возможность обратиться к врачу, обсудить с ним лечение, когда это требуется пациенту, а не только, когда его вызывает врач на беседу для «сбора анамнеза» или корректировки терапии. Во всех осмотренных психиатрических отделениях ординаторские находились в пределах отделений, и пациенты могли при необходимости побеседовать с врачом. Кабинеты заведующих также находятся в пределах отделения и были доступны для пациентов.

Большая часть опрошенных пациентов стационара 63,2% (122 чел.: 43-55-24)<sup>157</sup> сообщили, что врач обсуждал с больным вопрос о том, какое лечение назначить. 33,2% (64 чел.: 33-14-17) опрошенных пациентов отметили, что вопросы лечения и назначения препаратов врач с ними не обсуждал.<sup>158</sup> Только 41,2% (14 чел. в гг. Астана, Костанай: 12-2) пациентов диспансера отметили, что врач советовался с ними о том, какие лекарства назначить и 35,3% сообщили, что врач не советовался с ними при назначении препаратов.<sup>159</sup>

26 родственников / знакомых пациентов стационара пояснили, что нет необходимости во встрече с главным врачом больницы, 13 человек – возможность беседы с главным врачом предоставляется; 2 чел. указали, что нет необходимости во встрече с лечащим врачом, 36 чел. – возможность беседы с лечащим врачом предоставляется, 1 чел. в г. Костанай – такой возможности нет.

Всего одна третья часть опрошенных медицинских работников 29,4% (124 чел.: 51-46-13-14)<sup>160</sup> сообщила, что врач советуется с пациентом о назначаемом лечении и препаратах, из них - 19 врачей (9-1-3-6).

16,8% отметили, что с пациентом о методах лечения и назначенных препаратах не советуются, из них - 4 врача (ПУ г. Астана). 2 заместителя главных врача ПУ г. Усть-Каменогорск отметили, что «советоваться» - это не корректная формулировка, но согласно Принципу 11, пациент дает согласие на лечение, для этого врач должен обсудить с ним возможные варианты лечения и выбрать оптимальный вариант, который будет «*наилучшим образом отвечать интересам здоровья пациента*».<sup>161</sup>

#### 4.8. Обеспеченность медикаментами

Согласно Принципу 10, «*медикаменты должны наилучшим образом отвечать необходимости поддержания здоровья пациента, должны назначаться ему только в терапевтических или*

<sup>157</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>158</sup> Из свода анкет пациентов стационара.

<sup>159</sup> Из свода анкет пациентов диспансера.

<sup>160</sup> Сведения указаны в следующем порядке: Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

<sup>161</sup> Пункт 14 Принципа 11. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

диагностических целях и никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства других лиц».<sup>162</sup>

П.9 ст.91 Кодекса предусматривает право пациента при получении медицинской помощи на исчерпывающую информацию о назначаемом лекарственном средстве, ст.88 Кодекса - права граждан на: обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным органом; получение от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

На вопрос о достаточности одноразовых медицинских инструментов главные врачи ответили положительно, уточнив, что они приобретаются за счет средств местного бюджета.

На вопрос «**Есть ли, и хватает ли одноразовых медицинских инструментов? За чей счет они приобретаются?**», большинство заведующих (22 чел.) ответили положительно:

- «Инструментов всегда достаточно (шприцов). Берем в аптеке больницы, где – через департамент/ Одноразовых инструментов в достаточном кол-ве. За счет бюджета/ Инструментария одноразового хватает. Получают его централизованно, из аптеки, получает больница, затем по отделениям разделяется/ Достаточно. Выделяются централизованно/ Одноразового инструментария хватает. Выдает больница. За чей счет приобретается – заведующая не знает/ Да, одноразового медицинского инструментария хватает, выдает больница» - 22 чел.: 8-8-2-4;

- «Не всегда хватает» – 1 в г. Усть-Каменогорск.

Не ответил 1 заведующий отделением в г. Усть-Каменогорск.

Большинство опрошенных заведующих отделениями отметили, что медикаментов для лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами достаточно (66,7% от общего числа работников в гг. Астана, 22,2% - Усть-Каменогорск и 11% - Павлодар). Уточнения при этом были следующие: «бывает сбой в начале года» (г. Астана), причем аналогичная ситуация в ПУ г. Усть-Каменогорск; «медикаментов не всегда достаточно, а в диспансере - недостаточно препаратов по бесплатному фонду» (г. Усть-Каменогорск); главный врач ПУ г. Астана так же сообщил о недостаточном финансировании по обеспечению бесплатными лекарственными средствами амбулаторного звена.

О нехватке медикаментов говорили и в ПУ гг. Костанай, Павлодар. Кроме того, в ПУ г. Костанай было отмечено, что: 1) выбор медикаментов невелик, и не всегда есть именно те медикаменты, которыми хотелось бы лечить, 2) нередко, пациенту назначают один препарат, который ему хорошо подходит для лечения, и больной идет на поправку, но в аптеке, которая по государственным закупкам поставляет лекарственные препараты в ПУ, данное лекарственное средство закончилось, и приходится менять курс лечения, производить замену препаратов, что, безусловно, негативно сказывается на качестве лечения пациентов. Это же мнение подтверждается результатами опроса пациентов, например, в г. Астана.

Большая часть пациентов стационара (81,3% или 157 чел.: 60-66-31)<sup>163</sup> стабильно обеспечивается бесплатными медикаментами в больнице. 6,7% пациентов или 13 чел.: 10-3-0 сообщили, что «лекарства выдают бесплатно, но они не всегда есть». 2,6% пациентов стационара сообщили о том, что для них медикаменты платные (5 пациентов: 3-1-1). 1 пациентка ПУ г. Астана указала, что «препараты - с побочными действиями», 1 пациентка ПУ г.Костанай сообщила о том, что ей «дают слишком большую дозу аминазина, несмотря на то, что она хорошо спит».<sup>164</sup>

61,8% пациентов диспансера (21 чел. ПУ гг. Астана, Костанай: 12-9) отметили, что они получают бесплатные медикаменты в больнице. 8,8% (3 человека ПУ гг. Астана, Костанай: 2-1) пациентов диспансера сообщили, что бесплатные лекарственные средства выдаются, но медикаменты не всегда есть в наличии.<sup>165</sup>

23,1% родственников пациентов стационара отметили, что «пациент после выписки получает медикаменты, но они платные» (9 чел. ПУ гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск: 0-8-1). 48,7% (19 чел. ПУ гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск: 2-13-4) сообщили о том, что пациенты после выписки получают бесплатные лекарственные средства.<sup>166</sup>

<sup>162</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

<sup>163</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск.

<sup>164</sup> Из свода анкет пациентов стационара.

<sup>165</sup> Из свода анкета пациентов диспансера.

<sup>166</sup> Из свода анкет родственников пациентов. МЦППЗ г. Астана поясняет, что список бесплатных лекарственных средств утверждает Министерство здравоохранения РК.

Кроме того, как сами пациенты, так и родственники отмечали, что отсутствие: 1) специализированных аптек, 2) выбора лекарственных средств во многом значительно снижает процент выздоровления больных, и вынуждает расходовать огромные денежные средства для закупок в единичном количестве лекарств за рубежом. В частности, это подтверждают ОО «Камкорлык» и ОО «Нур», защищающие права лиц, в том числе с психоневрологическими расстройствами (заболеваниями).

**Таким образом, система государственных закупок не всегда работает эффективно: после распределения государственного заказа, в некоторых случаях, создаются трудности с закупкой необходимых больнице медикаментов, и в случае, если у поставщика нет необходимых препаратов, больница уже не может обратиться к другим поставщикам, и вынуждена приобретать заменяющие препараты для пациентов.**

**По сведениям главных врачей и большей части заведующих отделениями, одноразовых инструментов во всех больницах достаточное количество, кроме диспансера ПУ г. Усть-Каменогорск.**

#### 4.9. Применение реабилитационных программ

В современной психиатрии лечение не ограничивается медикаментозными средствами, а встраивается в жизнь пациента и предполагает его полноценное возвращение в общество.

В ходе мониторинга выяснилось, что в большинстве больниц этот компонент лечения практически полностью отсутствует. На вопрос об имеющихся реабилитационных программах главные врачи сообщили только о психосоциальной реабилитации.

Главный врач ПУ г. Астана отметил, что под психосоциальной реабилитацией понимается, по возможности, максимально достижимое восстановление социальной и трудовой адаптации пациентов с психическими заболеваниями. В настоящее время социально-трудовая реабилитация рассматривается в рамках психосоциальной реабилитации, которую осуществляют социальные работники. В течение этого года ими проведено 5 психообразовательных групп для больных, 7 тренингов социальных навыков, 3 группы социальной поддержки с элементами тренинга проблемно-решающего поведения, 15 психообразовательных школ с родственниками пациентов.

Здесь директор МЦППЗ не упомянул о совместной работе с филиалом КМБПЧ и СЗ в г. Астана, реализованной в период с 23.07.09 г. по конец сентября 2009 г. Были проведены 19 курсов для 257 пациентов МЦППЗ по темам «Личностная реадaptация», «Семейная реадaptация», «Трудовая реадaptация», «Психообразовательный модуль», «Правовое благополучие».

Главный врач ПУ г. Костанай отметила, что в данной больнице - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление психического здоровья пациентов. Раньше были трудовые мастерские, была работа, пациенты имели возможность трудоустроиться и многие после выписки оставались работать в этих мастерских. Сейчас трудотерапия возможна на базе отделений: это арт-терапия, трудовая реабилитация, на дневном стационаре есть клубы по интересам; в ПБ организуются различные мероприятия, концерты, походы в кино, в музеи г. Костанай, но не в таком объеме как хотелось бы из-за недостатка финансирования.

Главный врач ПУ г. Усть-Каменогорск отметила работу в лечебно-трудовых мастерских, но не для всех пациентов, а только с диагнозом умственная отсталость и шизофрения.<sup>167</sup>

Поскольку главный врач Павлодарского ОПНД категорически отказался от сотрудничества, отдельная информация найдена на веб-сайте учреждения. После ознакомления с этой информацией можно предположить (поскольку больше ничего не остается из-за категорического запрета главного врача), что ОПНД в большей степени занимается оздоровлением медицинского персонала, нежели пациентов, поскольку достаточно хорошо освещенным (около 1,5 страницы) является участие персонала ОПНД в спортивных рода мероприятиях, но относительно реабилитации пациентов указано лишь несколько строк: «Медико-социальная реабилитация является одним из основ лечения пациентов, она проводится в стационаре, на базе подросткового центра действует клубный дом. В стационаре используется лечебная физкультура, массаж, логопедическая, психологическая помощь, при необходимости для консультации привлекаются специалисты из городских лечебных организаций, нуждающиеся направляются в республиканский центр психиатрии (г. Алматы). Врачи и психологи поликлиники проводят тренинги, ежемесячно выступают по радио на трибуне психолога».

На вопрос «Применяются ли программы психосоциальной реабилитации? С какого времени, кто проводит, в отношении кого? И кому предназначается такого рода услуга, есть ли какие-то результаты? Кто выделяет на это средства?», к сожалению, не получены содержательные ответы. Между тем главный врач в г. Астана сообщил, что «психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими заболеваниями и социальной дезадаптацией занимаются социальные работники. Средства выделяются государством». В г. Костанай – трудовая-социальная реабилитация. Главный

<sup>167</sup> Из интервью главных врачей ПУ.

врач в г. Усть-Каменогорск ответила, что «в штате имеется социальный работник, психолог, психотерапевт, отдельных программ нет».

Если во всех трех регионах психологи проводят психодиагностику, психокоррекцию, то в г. Костанай – еще и консультирование.<sup>168</sup> Главный врач МЦППЗ г. Астана отметил, что «больные наблюдаются по мере поступления в ПУ, результаты отслеживают непостоянно».

Заведующие отделениями несколько дополнили ответы главных врачей. На вопрос о том, применяются ли нетрадиционные методы диагностики и лечения, и если да, то какие, 20 (5-8-2-5) заведующих отделениями ответили отрицательно, пояснив, что:

- применяются только методы биологического лечения – 1 чел. в г. Костанай;
- активно используется такие методы лечения как аромотерапия, психотерапия, массаж, музыкотерапия, озонотерапия – 1 чел. в г. Костанай;
- практикуется применение вспомогательных методов диагностики - ЭЭГ (электроэнцефалограмма), эхоэлектрограмма – 1 чел. в г. Усть-Каменогорск.

Не ответили на вопрос 4 заведующих (3-0-0-1).

Опрошенные родственники пациентов ПУ также не отметили наличие каких-либо реабилитационных программ для пациентов: «После выписки дают направление в диспансер, медицинские работники проводят беседы, выписывают медицинские препараты и рекомендуют наблюдение у врача».<sup>169</sup>

Наряду с отсутствием в большинстве больниц специально разработанных индивидуальных реабилитационных программ, почти в каждой больнице ведутся свои формы занятий с пациентами, которые позволяют больным провести досуг, научиться чему-то новому или восстановить утраченные способности и навыки, т.е. применяются те или иные элементы реабилитации.

Например, в отделении №1 ПУ г. Костанай реабилитацией больных занимается трудинструктор, которая имеет план работы на год с включением таких мероприятий как: настольные игры (шашки, шахматы, дидактические игры), игры на свежем воздухе, проведение бесед по здоровому образу жизни, профилактика заболеваний, поездка в г. Костанай (посещение кафе, музея, парка культуры и отдыха), проведение тематических вечеров (музыка, поэзия, дни рождения, праздничные дни), проведение мероприятий по восстановлению элементарных навыков самообслуживания; принятие участия в ремонте отделения, уборке территории, ремонте мягкого и жесткого инвентаря и т.д.<sup>170</sup>

**Для активизации больных большую помощь могут оказать спортивные занятия. Но общей проблемой для стационаров является отсутствие спортзалов, спортплощадок.** Только в ПУ г. Астана наблюдатели отметили наличие спортивного зала для пациентов, и то он требует ремонта, спортивного инвентаря недостаточно.<sup>171</sup>

На вопрос «Имеется ли в ПУ кабинет суицидологии? Если да, то где, каков график работы, как о нем узнают пациенты Вашего отделения? Как может пациент получить о нем информацию и попасть туда?», заведующие отделениями отвечали не всегда одинаково:

- г. Астана - «имеется, но за пределами больницы/ 7-ая поликлиника. Информация – в регистратуре»; «Кабинет суицидологии имеется на базе 8-ой поликлиники»; «Есть телефон доверия, а кабинета суицидологии нет»; «Кабинет суицидологии имеется»; «Отсутствует»; «Кризисное отделение в МЦППЗ, куда могут обращаться пациенты»;

- г. Усть-Каменогорск – «В кабинете №5, в рабочее время, информацию можно получить от врачей»; «Есть, информацию можно получить от медработников»; «Кабинета нет, но 2 врача ОПНД прошли специализацию по суицидологии. Отсутствует комплексная система службы суицидологии»;

- г. Костанай - «Есть кабинет психологической службы в административном корпусе. Работу пациента с психологом может назначить лечащий врач при необходимости»; «Нет, отдельного специального кабинета нет, как правило, психологи занимаются с пациентами в кабинете трудотерапии или ординаторской. Пациент может попросить лечащего врача назначить ему работу с психологом, тогда лечащий врач подключает к работе психолога»; «Нет, отдельно в отделении такого кабинета нет, он оборудован в диспансере. Если пациент хочет поработать с психологом, он может обговорить с лечащим врачом»; «Такой кабинет работает при диспансере ежедневно с 9 до 17, в отделении есть свой психолог, который может проконсультировать и по этим вопросам в том числе. С детьми обязательно работает психолог, кроме того врач может назначить ребенку сеансы психолога»; «Нет, в этом подразделении такого кабинета нет, он есть в диспансере, который находится на Маяковского»; «Нет, в отделении кабинета суицидологии нет, но по просьбе пациента

<sup>168</sup> Из интервью главных врачей ПУ.

<sup>169</sup> Анкеты родственников пациентов ПУ.

<sup>170</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Костанай.

<sup>171</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Астана.

заведующая или лечащий врач приглашает представителей психологической службы в отделение, либо идет с пациентом в кабинет психолога»;

- г. Павлодар – «Имеется врач-суицидолог. В любое время», «Да, в регистратуре». Не ответили 6 заведующих отделениями (1-2-0-3).

#### 4.10. Обеспечение одеждой и гигиеническими принадлежностями

П.п.6 п.2 ст.120 Кодекса устанавливают право лиц, страдающих психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи на владение и приобретение предметов первой необходимости, пользование собственной одеждой.

П.3 ст.120 Кодекса определяет право лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера в государственных психиатрических учреждениях специализированного типа с интенсивным наблюдением, на приобретение дополнительного питания, приобретение мягкого инвентаря, одежды, обуви за счет собственных средств.

Согласно информации, которую предоставили заведующие, все пациенты могут носить собственную одежду в отделении. Исключением является отделение №8 ПУ г. Костанай: заведующая сообщила, что пациентам с интенсивной фазой мульти-резистентного туберкулеза, носить свою одежду запрещено, так как одежда пациента должна тщательно обрабатываться, прожариваться.

Заведующие тремя отделениями ПУ г. Астана, двух ПУ г. Павлодар сообщили, что больница обеспечивает пациентов одеждой; заведующая другим отделением ПУ г. Астана - снабжение одеждой зависит от финансирования. В двух отделениях пациентам могут при необходимости выдавать пижамы и халаты. В других двух отделениях г. Астана сообщили, что пациентов не обеспечивают верхней одеждой. Некоторые заведующие отметили, что одежда не всегда хорошего качества и ее не всегда хватает (два отделения в г. Астана, одно отделение в ПУ г. Павлодар). В одном отделении ПУ г. Усть-Каменогорск, в отделениях №1, 2, 4, 6, 7 ПУ г. Костанай больница не обеспечивает пациентов одеждой, так как в бюджет лечебного учреждения это не заложено. Обеспечивают пациентов одеждой за счет гуманитарной помощи религиозных объединений, Красного Полумесяца, и большую часть одежды приносят из дома сотрудники ПУ.<sup>172</sup>

Недостаточное финансирование больниц не позволяет обеспечивать пациентов необходимыми туалетными принадлежностями и гигиеническими средствами. В основном, больницы обеспечивают пациентов мылом. В наиболее сложном положении находятся одинокие и малоимущие пациенты, которые не могут рассчитывать на помощь извне. Во многих стационарах пациентам не выдают зубные щетки и пасты. В некоторых отделениях, чтобы выйти из такой ситуации медицинский персонал вынужден выдавать пациентам, зубные щетки, которые оставили выписавшиеся больные: «щетки обрабатываются и выдаются пациенту». Только в одном отделении ПУ г. Астана заведующая сообщила, что обеспечивают пациентов полным пакетом гигиенических средств.<sup>173</sup>

#### 4.11. Право на отдых

В условиях длительного нахождения в стационаре для пациентов особенно важно иметь возможность проводить время вне палаты.

В п.2 Принципа 13 определено: *«обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать: (...) возможности для проведения досуга и отдыха».*

К сожалению, комнаты для отдыха оборудованы не во всех стационарах. Нередко комнатой для отдыха называют помещение, которое совмещает кабинет для занятий трудотерапией, библиотеку, молельные комнаты.

Так, например, наблюдатели осмотрели комнату отдыха в отделении №2 МЦППЗ г. Астана. На двери комнаты написано «Намазхана». В комнате имеется 1 большой и 2 маленьких дивана, 2 стола, 2 компьютера (которые предназначены только для врачей), телевизор (изображение очень плохого качества). Пол застелен линолеумом, на полу - палас. Есть шкаф с небольшим количеством книг. Из комнаты для отдыха имеется выход в другую комнату – кабинет старшей сестры. У наблюдателей сложилось впечатление о том, что данная комната не предназначена для пациентов.

В отделениях №3 и 4 ПУ г. Астана отсутствуют комнаты для отдыха. В отделении №5 также нет отдельного помещения для отдыха пациентов, а выделен уголок, расположенный перед постом медсестер – в коридоре, где с одной стороны наблюдательная палата, а с другой – «изоляция». Уголок оборудован: диваном, кроватью, креслом, кушеткой, тумбочкой, телевизором. В отде-

<sup>172</sup> Из свода опросников заведующих.

<sup>173</sup> Из свода опросников заведующих.

лении №6 помещение для отдыха, по словам врачей, «не положено», поскольку здесь проходят лечение острые больные. Вместе с тем, в отделении №7 есть просторное помещение – комната для отдыха пациентов, которая оборудована телевизором, столом, стульями, кроме того, есть книги.<sup>174</sup>

В ПУ г. Костанай комнаты для отдыха, это, как правило, помещения, в которых совмещена библиотека, молельная комната, и класс для занятий трудотерапией. Именно такая комната для отдыха в отделении №1. Здесь имеются два стеллажа с художественной литературой. Деньги для обновления библиотеки не выделяются, поэтому обновляют ее сами работники больницы, принося из дома книги. В комнате есть два мягких кресла, фотообои, 14 стульев, 4 деревянных стола, на полу ковер. Усилиями медперсонала в помещении разведено много живых цветов. Здесь же находится старенькая швейная машинка для занятия трудотерапией, кроме того, пациенты занимаются арттерапией, лепят из пластилина, делают на бумаге картины из пластилина. Также есть магнитофон, радио. Возле окна имеется стол с пиалами и самоваром.

В отделении №2 ПУ г. Костанай комната для отдыха аналогична помещению в отделении №1. На полу - овальной формы ковер, 4 деревянных стола, 3 лавочки, 5 стульев (вся мебель новая). Какого-либо графика посещения этого помещения нет. Кроме того, в коридоре оборудован уголок отдыха, где установлен телевизор, 6 лавок. В отделении №3 телевизор для пациентов также находится в коридоре, напротив него в ряд стоят лавки. Отделение разделено на две части: в одной пациенты, которые идут на выписку, во втором – пациенты с острой формой заболевания. Комната для отдыха фактически, как и во всех других отделениях, является комнатой для занятий. Кроме того, пациенты могут здесь слушать радио, пользоваться библиотекой. Но такая комната оборудована только в той части отделения, где находятся пациенты, идущие на поправку (готовящиеся к выписке). В помещении довольно прохладно, есть музыкальные инструменты: гитара, баян. Два магнитофона: один - устаревший с пластинками, второй - кассетный. В комнате также установлены две швейные машинки. В отделении №4 помещение для отдыха подобно описанным выше. В отделении №5 помещение для отдыха пациентов оборудовано камином, на полу - ковер, что создает очень уютную атмосферу. Здесь же размещена небольшая библиотека для пациентов отделения, которая пополняется только силами сотрудников больницы. В отделении №7 также имеется помещение для отдыха пациентов, с книгами, на полу - ковер, телевизор находится в коридоре.<sup>175</sup>

Наблюдатель в ПУ г. Усть-Каменогорск в отделении №1 не отметила наличия специального помещения для отдыха пациентов. В отделении есть лишь уголок для отдыха, в котором нет даже достаточного количества стульев. Распорядком дня предусмотрены культурные мероприятия, но, ни библиотеки, ни подходящих условий для их проведения в отделении нет. В отделении №2 сестра хозяйка сообщила наблюдателю, что отремонтировано помещение для отдыха пациентов, но в комнате на момент посещения имелись лишь пустые книжные шкафы. Аналогичная ситуация в отделении №3, где в комнате для отдыха установлен только телевизор. Комната для отдыха пациентов отделения №4 и дневного стационара - общая, находится на 3-м этаже здания. В комнате - 3 стола, 2 кушетки, 4 банкетки. Размещен информационный материал по здоровому образу жизни.<sup>176</sup>

В отделении №3 ПУ г. Павлодар имеется отдельное помещение для отдыха пациентов, которое состоит из трех комнат: «Комната для религиозных обрядов» - большая комната, в которой три больших стола, стулья и диваны. Из большой комнаты, имеются два входа в две небольших комнаты. Помещение - теплое, светлое. Это же помещение предназначено и для чтения.<sup>177</sup>

Ни в одном из стационаров пациенты не отметили наличия какого-либо графика для посещения комнат отдыха.

Недостаточность финансирования не позволяет во всех стационарах оборудовать комнаты отдыха на соответствующем уровне.

#### 4.12. Право на труд

Согласно п.п.3, 4 Принципа 13 «ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду. В пределах, совместимых с потребностями пациента и с требованиями администрации учреждения, пациент должен иметь возможность выбирать вид работы, которую он желает выполнять. Труд пациента, содержащегося в психиатрическом учреждении, не должен эксплуатироваться. Любой такой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получило бы за аналогичную работу лицо, не являю-

<sup>174</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Астана.

<sup>175</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Костанай.

<sup>176</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Усть-Каменогорск.

<sup>177</sup> Свод карт наблюдений ПУ г. Павлодар

щееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его работу».

В Кодексе этот принцип не нашел своего отражения. В нем лишь затронуты вопросы ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности (ст.117 Кодекса), гарантируется содействие в трудоустройстве (п.п.3 п.1 ст.122 Кодекса), а также государство обязуется создавать лечебно-производственные организации, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), включая инвалидов.

Принцип запрета эксплуатации труда психически больных пациентов в Кодексе не сформулирован, но в ст.120 закреплено: «Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РК». В п.п.1, 2 ст.24 Конституции закреплено: «Каждый имеет право на свободу труда, свободный выбор рода деятельности и профессии. Принудительный труд допускается только по приговору суда либо в условиях чрезвычайного или военного положения. Каждый имеет право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой-либо дискриминации, а также на социальную защиту от безработицы».

В качестве права граждан в п.п.7 п.1 ст.88 Кодекс указано удостоверение факта временной нетрудоспособности с выдачей листа временной нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности. Кроме того, конституционное право на труд определено в п.4 ст.14 Закона РК «О социальной защите инвалидов», а право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой-либо дискриминации, а также на социальную защиту от безработицы – в ст.ст.30-32 этого же Закона.

В соответствии с п.2 Правил проведения медико-социальной экспертизы, утвержденных постановлением Правительства РК от 20.07.05 г. №750 установление инвалидности и степени утраты трудоспособности, также определение нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе проводятся путем проведения медико-социальной экспертизы территориальными подразделениями центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения. Вопрос назначения пособий по инвалидности также отнесены к функциям указанного государственного органа.

В соответствии с п.п.3 п.2 ст.122 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), психиатрической помощью и в целях их социальной защиты государство создает лечебно-производственные организации, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), включая инвалидов.

Вопросы создания специальных рабочих мест для инвалидов регулируются Законом РК от 13.04.05 г. № 39 «О социальной защите инвалидов в РК». Так, согласно п.п.11 ст.1 Закона, под специальными рабочими местами для трудоустройства инвалидов понимаются рабочие места, оборудованные с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Функция по обеспечению занятости инвалидов путем создания специальных, а также социальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов возложена на местные исполнительные органы (п.п.3 ст.31 Закона). Таким образом, вопросы создания специальных, а также социальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов отнесены к компетенции акиматов.

Пациентов широко привлекают к различным работам внутри больницы и отделения. Они помогают доставлять пищу в отделение из пищеблока, убирают и благоустраивают территорию ПУ, помогают в уборке отделения, ремонтируют инвентарь отделений (стулья, столы). Такие виды работ медицинский персонал называет трудотерапией. В связи с этим, как отметило большинство заведующих отделениями, с пациентами никакие договора не заключаются, к такому виду работ привлекаются пациенты на добровольной основе, и работы они выполняют по благоустройству территории, на которой они сами находятся.<sup>178</sup>

60% работников ПУ отметили, что пациенты не трудятся (254: 105-67-1-81).<sup>179</sup> Причины указаны разные:

- «недееспособность» - 4 медработника ПУ гг. Астана, Усть-Каменогорск: 1-3;
- «не назначается трудотерапия» - 1 медсестра ПУ г. Астана;
- «трудотерапия не практикуется» - 3 медработника ПУ г. Астана;
- «нет ЛТМ» - 30 медработников ПУ гг. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск: 17-4-8-1;
- «негде, нет помещения для трудотерапии» - 13 медработников: 6-2-1-4;
- «так как дети» - 15 медработников ПУ гг. Астана, Костанай, Усть-Каменогорск: 1-9-5;

<sup>178</sup> Из свода опросников заведующих

<sup>179</sup> Сведения указаны в следующей последовательности: гг. Астана, Костанай, Павлодар, Усть-Каменогорск.

- «не положено, т.к. они больные» - 23 медработника ПУ г. Астана, Усть-Каменогорск: 16-7;
- «запрет врача, администрации» - 6 медработников ПУ г. Астана, Усть-Каменогорск: 4-2;
- «запрещено» - 7 санитарок ПУ г. Костанай;
- «не хотят» - 5 медработников ПУ г. Астана, Костанай: 2-3;
- «хватает медицинских работников» - 2 медсестры ПУ г. Усть-Каменогорск;
- «больные получают психотропные препараты, поэтому трудотерапия запрещена» - 6 медработников ПУ г. Усть-Каменогорск;
- «состояние здоровья» - 26 медработников ПУ г. Костанай, Усть-Каменогорск: 21-5;
- «отсутствие работы» - 1 медсестра ПУ г. Костанай;
- «это не входит в план лечения» - 1 медсестра ПУ г. Костанай.

26,5% медперсонала указали, что пациенты привлекаются к труду (112: 11-75-19-7). Вместе с тем, что большая часть опрошенных (78 чел.) из числа ответивших на вопрос медицинского персонала отметили продолжительность времени, в течение которого пациенты трудятся не более часа в день (32-33-13-0), кроме того она варьировалась в очень широком диапазоне: от 10 минут до 8 часов. В ПУ г. Астана 3 медицинских работника указали, что пациенты трудятся от 1-2 часа, 32 человека отметили, что пациенты трудятся не больше часа, а одна сестра хозяйка указала – 8 часов в день. 33 медицинских работника ПУ г. Костанай указали, что пациенты трудятся от 10 минут до 1 часа в день; 13 человек указали продолжительность от 1 часа до 2 часов; 5 медицинских работников отметили, что пациенты трудятся 2-4 часа в день. В ПУ г. Усть-Каменогорск только один врач указал продолжительность работы пациентов - 3 часа. В ПУ г. Павлодар 13 респондентов отметили, что пациенты трудятся не более 30-40 минут в день.

На вопрос: «Где трудятся пациенты, и какую работу выполняют?», медперсонал указал работу пациентов в помещениях отделения и на улице. Так, были получены следующие варианты ответов:

- «труд. инструкторская» - 16 медработников ПУ г. Костанай;
- «отделение» - 9 медработников ПУ г. Астана, Костанай: 2-7;
- «территория отделения» - 17 медработников ПУ г. Костанай;
- «в помещении» - 4 медработника ПУ г. Костанай;
- «дежурство в палате» - 1 врач ПУ г. Костанай;
- «помощь младшему медицинскому персоналу» - 1 медсестра ПУ г. Костанай;
- «на улице» - 5 медработников ПУ г. Костанай;
- «уборка территории, хождение в столовую» - 2 медсестры ПУ г. Астана;
- «помощь в столовой, на кухне (получение, раздача пищи)» - 17 чел. ПУ г. Костанай;
- «могут помочь принести еду, унести грязное белье» - 1 социальный работник ПУ г. Усть-Каменогорск.<sup>180</sup>
- «ходят за пищей на кухню больницы» - 3 медработника ПУ г. Астана, Павлодар: 2-1;
- «подметают прогулочный дворик, поливают цветы» - 14 медработников ПУ г. Павлодар;
- «помогают буфетчице приносить пищу, убирать улицу» - 1 медсестра ПУ г. Астана;
- «на территории больницы, весной, летом и осенью - уборка листьев, зимой – от снега» - 17 медработников ПУ г. Астана, Павлодар: 4-13;
- «трудотерапия (шитье, вязание, починка белья, глажка, лепка, рисование)» - 35 медработников ПУ г. Костанай;
- «уборка территории отделения» - 38 медработников ПУ г. Костанай.

Следует иметь в виду, что трудотерапией может называться только то, что не является элементарной, примитивной, монотонной работой, выполняется пациентом добровольно, наполнено смыслом и способствует процессу выздоровления. Все остальное в лучшем случае может рассматриваться как терапия занятостью, а в худшем, если пациент не получает за это вознаграждения, адекватного затраченным усилиям, является эксплуатацией людей с психическими расстройствами. Ссылки на то, что пациенты делают это добровольно, являются лишь попыткой пристойным способом объяснить использование пациентов в качестве бесплатной рабочей силы.

Отметим, что финансовое и материальное состояние многих больниц не позволяет им организовывать трудотерапию сообразно действительным целям. В этой ситуации руководство психиатрических стационаров принимает решение о фактическом использовании бесплатного труда больных, считая это адекватной заменой трудотерапии.

В 4-х регионах, где проводился мониторинг, лечебно-производственная трудовая мастерская функционирует только при Усть-Каменогорском областном психоневрологическом диспансере, хотя правильное наименование последнего звучит как Государственное учреждение «Восточно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер» (ГУ «ВК ОПНД»). Соответственно возникает вопрос о необходимости перерегистрации данного юридического лица.

<sup>180</sup> Из свода анкет медицинского персонала ПУ.

Между тем следует отметить, что в г. Астана ведется работа по строительству лечебно-трудовой мастерской. Для этой цели были выделены средства на основании постановления Акима г. Астаны № 20-1-269п от 29.03.06 г. о разрешении строительства лечебно-производственных мастерских для лиц, страдающих психическими расстройствами на земельном участке, принадлежащем городской психиатрической больнице на праве постоянного землепользования в течение трех лет. Контроль за исполнением постановления был возложен на заместителя акима г. Астана Мамытбекова А.С. Данный вопрос оставался нерешенным до 02.03.10 г., когда по запросу филиала КМБПЧ и СЗ в г. Астана было инициировано заседание Комиссии маслихата г. Астана по вопросам социально-культурного развития.

В ходе заседания Комиссии заместитель начальника Управления строительства г. Астана Митин А.Ю. сообщил, что выделенные деньги имеются – 236 млн. тенге. Кроме того, чиновник проинформировал депутатов о следующем:

- компания «Юмалт», выигравшая тендер на строительство ЛТМ в г. Астана, израсходовала 38 млн. тенге, и в связи с невыполнением договорных обязательств («постоянно срывала процесс строительства и отставала от графика») Управление строительства г. Астана инициировало судебный процесс;<sup>181</sup>

- первое судебное решение по непонятным причинам имело место только в мае 2009 г., и разбирательства по делу закончились только 30.10.09 г.;

- в мае 2009 г. из бюджета выделено 5 млн. тенге, в апреле прошло секвестрование и деньги возвращены;

- в 2010 г. выделено 10 млн. тенге и в настоящее время готовится конкурсная процедура.

Председатель Комиссии А.К. Байгенжин полностью поддержал инициативу о защите прав психически больных лиц и строительстве ЛТМ, отметив, что противников в данном вопросе нет, только союзники, приведя в качестве примера положительный опыт ЛТМ в Болгарии и отметив, что он сам занимался когда-то подобным вопросом и весьма озабочен имеющейся ситуацией с ЛТМ в столице.

На заседании выступил и депутат маслихата г. Астана Т.М. Уразаков, сообщив, что специально занимался исследованием данного вопроса, проинформировав присутствовавших о том, что в г. Астана 2 238 инвалидов с психическими расстройствами, число которых за 2 г. увеличилось на 1 000 человек.

Начальник Управления здравоохранения г. Астана Д.С. Есимов отметил, что Управление намерено выйти с предложением в Фонд казахско-турецкого сотрудничества (делегация которого прибывает в г. Астана 05.04.10 г.) об оказании помощи в строительстве ЛТМ в столице.

Директор ГУ «МЦППЗ» г. Астана Е.М. Нуркатов пояснил, что работает главным врачом с 2007 г., а ЛТМ запланировано как трехэтажное здание с несколькими цехами (слесарным, столярным, по ремонту электрооборудования, сувенирной продукции и др.)

Таким образом, результатом заседания Комиссии по социально-экономическим вопросам маслихата г. Астана явилось:

- 1) создание комиссии по контролю за строительством ЛТМ с включением в нее представителей филиала КМБПЧ и СЗ в г. Астана, ОО по защите прав детей и родителей «Камкорлык» и ОО по защите лиц с психоневрологическими заболеваниями «Нур»,

- 2) включение данного вопроса для контроля в группу партийного контроля (Нур-Отан),

- 3) поручение четырем Управлениям финансов, строительства, труда и социальной защиты населения, здравоохранения об организации эффективного процесса строительства.

Мастерская в восточном регионе находится по адресу: г. Усть-Каменогорск, ул. Краснознаменная 117. Директором лечебно-трудовой мастерской является Полковникова С.С.

На день посещения 15.01.10 г. к работе в ЛТМ привлечено 25 инвалидов с хроническими психическими заболеваниями.

Исходным документом, на основании которого была организована лечебно-производственная мастерская являлся Приказ Министерства здравоохранения Казахской ССР №429 «Об организации на хозрасчете и самостоятельном балансе лечебно-производственной (трудовой) мастерской при городском психдиспансере в г. Усть-Каменогорске» от 10.06.1985 г., в соответствии с которым с указанным приказом при городском психоневрологическом диспансере г. Усть-Каменогорска:

<sup>181</sup> Из ответа секретаря маслихата г. Астана от 03.03.10 г., №138-03-12 следует, что «договор с подрядчиком ТОО «ЮМАЛТ» на строительство ЛТМ был заключен в 2008 г., но расторгнут решением суда, и строительство объекта остановилось на стадии незавершенных фундаментных работ. В 2010 г. выделены бюджетные средства на проведение конкурсных процедур и технической спецификации. Городским исполнительным органам рекомендовано активизировать работу по строительству ЛТМ. Согласно информации директора МЦППЗ капитальный ремонт здания, в том числе огорожение и подготовка прогулочных дворики и спортивных площадки для пациентов запланированы на 1 полугодие 2010 г. в рамках реализации программы Дорожная карта».

- была организована на хозрасчете и самостоятельном балансе лечебно-производственная (трудовая) мастерская (далее - ЛТМ);
- разработаны и утверждены положения о ЛТМ в соответствии с типовым положением о ЛТМ при психоневрологических и психиатрических учреждениях, утвержденным приказом Минздрава СССР от 16.01.64 г. №20;
- определена группа по оплате труда работников и должностные оклады руководящим и инженерно-техническим работникам в соответствии с приказом Минздрава СССР от 27.03.80 №306;
- установлена численность и фонд заработной платы работников и предельные ассигнования на содержание аппарата управления ЛТМ в пределах выделенной численности, фонда заработной платы и предельных ассигнований на содержание аппарата управления по Восточно-Казахстанскому областному отделу здравоохранения на 1985 г.

Согласно вышеназванному приказу вновь организуемая лечебно-производственная (трудовая) мастерская при ПНД на хозрасчете и самостоятельном балансе наделена основными и оборотными средствами.

В п.8 приложения №1 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи», регламентирующего «Положение о психиатрической больнице» и в п.7 приложения №2 к Приказу МОКиЗ РК «Положение о психоневрологическом диспансере» содержится упоминание о ЛТМ: «В распоряжении больницы/ психоневрологического диспансера находятся: выделенный в установленном порядке фонд основных средств (здания, оборудование, инвентарь), бюджетные средства на содержание больницы и фонд специальных средств на содержание подсобного хозяйства и лечебно-производственных (трудовых) мастерских».

Таким образом, а) ЛТМ создается как в психиатрической больнице, так и в психоневрологическом диспансере, б) в распоряжении ГУ «ВК ОПНД» должен быть фонд специальных средств на содержание ЛТМ.

Кроме того, п. 21 вышеназванного приложения №1 и п. 26 приложения №2 к Приказу МОКиЗ РК не запрещает регламентацию деятельности ЛТМ отдельным положением.

П. 71 приложения №2 к Приказу МОКиЗ РК называет приобщение к трудовой деятельности в ЛТМ социально-профилактической работой.

В п. 31 приложения №5 к Приказу МОКиЗ РК «Положение о дневном стационаре (отделении, палате) для психически больных» регламентирует, что лечебно-трудовая терапия в дневном стационаре проводится на базе лечебно-производственных (трудовых) мастерских учреждения, в составе которого организован дневной стационар. В тех случаях, когда больные по состоянию здоровья не могут проходить трудотерапию в лечебно-производственных (трудовых) мастерских, она организуется в самом дневном стационаре, для чего мастерские обеспечивают дневной стационар сырьем и оборудованием.

Вознаграждение больным за труд производится в порядке, предусмотренном положением о лечебно-производственных (трудовых) мастерских.

П. 32 приложения №5 к Приказу МОКиЗ РК определяет: «Больным, находящимся в дневном стационаре, выдаются больничные листы на общих основаниях с больницами, с указанием режима "полустационарный"».

Срок пребывания больного на лечении в дневном стационаре, как правило, не должен превышать 99 дней. В отдельных случаях, при необходимости, пребывание больного в дневном стационаре решением ВКК может быть продлено».

Первичная регистрация ЛТМ – 07.02.1988 г. 13.12.1996 г. произведена государственная перерегистрация юридического лица. Деятельность ЛТМ осуществляется на основании Положения «О лечебно-производственной (трудовой) мастерской при областном психоневрологическом диспансере».

ЛТМ при областном психоневрологическом диспансере является некоммерческой организацией в форме учреждения и имеет самостоятельный баланс, пользуется правами юридического лица, имеет печать и штамп со своим наименованием на казахском и русском языках.

Следует отметить, что Положение, которым руководствует ЛТМ, в п.п.4 и 5 устанавливает противоречивый статус ЛТМ. Так, в п.4 указывается, что «ЛТМ является некоммерческой организацией в форме учреждения», в то время как п.5 гласит: «Собственником учреждения ЛТМ при ОПНД является государство». Хотя ЛТМ не финансируется за счет государственного бюджета, собственником является государство.

Вместе с тем, согласно главе 2 Закона РК «О некоммерческих организациях» от 16.01.2001 г., одной из организационно-правовых форм некоммерческих организаций признается учреждение – государственное или частное.

В ст.9 указанного закона определено: «Государственным учреждением признается учреждение, создаваемое государством в соответствии с Конституцией и законами Республики Казахстан или нормативными правовыми актами Президента Республики Казахстан, Правительства Респуб-

лики Казахстан и акиматов областей (городов республиканского значения, столицы), района (города областного значения) и **содержащееся только за счет государственного бюджета**, если иное не установлено законодательными актами.

Основной целью ЛТМ является применение к нервно-психическим больным методов трудовой терапии, в соответствии с чем деятельность мастерской всецело подчинена задаче лечения трудом.

Задачами ЛТМ являются:

- применение различных видов труда в целях лечебного воздействия на больного;
- трудовое обучение с целью освоения больными новой профессии соответствующей степени их трудоспособности;
- содействие в трудоустройстве больных по окончании курса трудовой терапии и овладении ими новой профессии на предприятиях или учреждениях социального обеспечения.

Для руководства хозяйственной, производственно-технической и финансовой частью ЛТМ главным врачом облпсихдиспансера назначается директор мастерской, который руководствуется Положением и выполняет следующие функциональные обязанности:

- организация и руководство бухгалтерским и статистическим учетом, составление штатов ЛТМ;
- развертывание производственных процессов, доступных для нервно-психически больных и способствующих их лечению трудом, рационализация, механизация и улучшение технологии производства в целях облегчения труда больных;
- организация обязательных мероприятий по повышению квалификации персонала в мастерской.

При этом во всех вопросах, касающихся больных и их труда, директор мастерской руководствуется указанием врача по трудовой терапии.

Для осуществления трудовой терапии в мастерской организованы следующие участки по труду и занятости:

- швейный: по пошиву постельных принадлежностей, спецодежды для медперсонала, спецодежды для больных, спецодежды для пищеблоков, спецодежды с наполнителем;
- переплетный.

На сегодня действующим является только швейный цех. В швейном цехе установлено 10 швейных машин с ножным управлением и 1 специальная машина (оверлок). Инвалиды под руководством мастера изготавливают такие изделия швейного производства, как рукавицы, перчатки, пеленки, палатки, матрасы, подушки. Швейный цех предоставляет услуги предпринимателям из сырья предпринимателей. Соответственно, заключаются договоры, предполагающие предоставление швейных оплачиваемых услуг.

Здесь возникают два вопроса:

- 1) на какие цели расходуются полученные от предпринимателей денежные средства,
- 2) выплачивается ли вознаграждение больным?

В соответствии со ст. 2 Закона РК «О некоммерческих организациях», «Некоммерческой организацией признается юридическое лицо, не имеющее в качестве основной цели извлечение дохода и не распределяющее полученный чистый доход между участниками».

Поскольку не удалось получить информацию о наличии, количестве заключаемых с предпринимателями договоров, их стоимости, а также неизвестно: как распределяется полученный доход между участниками юридического лица – ЛТМ, с точностью не представляется возможным ответить на вопрос о действительном статусе ЛТМ. Вместе с тем получены сведения о ежемесячной прибыли, которая варьируется от 300 до 5 000 тенге.

Согласно Положению о ЛТМ, «ЛТМ освобождается от уплаты налога с оборота и платежей в бюджет по отчислению с прибыли в соответствии с Законом о налогообложении Республики Казахстан (утратившим свою юридическую силу с введением Кодекса РК «О налогах и других обязательных платежах в бюджет»), с направлением образующейся прибыли на улучшение культурного обслуживания больных, работающих в этой мастерской, на приобретение оборудования, ремонт помещений, на приобретение мягкого и жесткого инвентаря, на бесплатную выдачу медикаментов работающим психически больным и организацию одноразового питания».

Капитальный ремонт ЛТМ проводился в 1985 г., косметический – летом 2009 г. «силами ЛТМ».

ЛТМ рассчитана на 50 пациентов, но работают только 25 больных, из которых 3 чел. недееспособные. Больные приходят работать в ЛТМ по направлению врача. Проживают трудящиеся в ЛТМ дома.

На имеющихся 10-ти швейных машинах (приобретенных в 1985 г.) из 25-ти больных работают только 5.

На вопрос о том, сколько времени один пациент может работать в ЛТМ, получен ответ: «Определенного срока не существует. Некоторые больные по 25 лет работают в ЛТМ с перерывами на лечение».

На вопрос о количестве изготавливаемых пациентами предметов в месяц сотрудники ЛТМ ответили, что оно постоянно варьируется и зависит от состояния больных и количества заказов.

Обучение больных новой профессии проводится следующим образом: «по желанию больного сотрудники ЛТМ могут обучить его работать на швейной машине и оверлоке». Трудоустройству больных по окончании курса трудовой терапии ЛТМ не содействует.

ЛТМ самостоятельно не выдает медикаменты больным. Раз в неделю приезжает курирующий ЛТМ врач дневного стационара ГУ «ВК ОПНД» и выдает лекарства.

ЛТМ не кормит больных, они сами приносят с собой еду и посуду.

Предоставленный распорядок дня ЛТМ показывает, что больные работают 5 часов в день с 09:00 до 11:00 чч. и с 12:00 до 15:00 чч., с 11:00 до 12:00 чч. обеденный перерыв.

На вопрос: «Сколько часов в неделю больные трудятся в ЛТМ» получен следующий ответ: «Бухгалтер ЛТМ делает калькуляцию стоимости изготовленной продукции».

Занятость больных-инвалидов осуществляется путем их привлечения к уборке территории мастерской, производственных помещений, насаждению цветов и уходу за ними, по уходу за комнатными растениями.

Обязательные нормы выработки для больных, проходящих трудовую терапию в ЛТМ, не устанавливаются.

Согласно Положению о ЛТМ, больным, участвующим в производстве, полагается выплата вознаграждения в соответствии с количеством вырабатываемой продукции по действующим положениям оплаты труда рабочих соответствующих производств. Но на данный момент ЛТМ средствами на выплату вознаграждения за труд **не располагает**, что противоречит п.31 в Положении о ЛТМ, который устанавливает: «Больным, участвующим в производстве, выплачивается вознаграждение в соответствии с количеством вырабатываемой продукции по действующим положениям оплаты труда рабочих соответствующих производств».

Кроме того в ЛТМ отсутствует Положение оплаты труда рабочих соответствующих производств.

Соответственно, больные не получают за свой труд оплаты, что противоречит ст.24 Конституции РК, определяющей право каждого без какой бы то ни было дискриминации на вознаграждение за труд, ст.7 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Конвенции Международной организации труда №111 «О дискриминации в области труда и занятий», ст.126 Трудового кодекса РК и указанному выше п.1 приложения №5 к Приказу МОКиЗ РК «Положение о дневном стационаре (отделении, палате) для психически больных». Согласно ст.126 Трудового кодекса РК, «Труд работников оплачивается повременнo, сдельно или по иным системам оплаты труда. Оплата может производиться за индивидуальные и (или) коллективные результаты труда. Система оплаты труда может формироваться на основе тарифной, бестарифной или смешанной системы. Система оплаты труда должна обеспечить долю основной заработной платы (относительно постоянной части заработной платы) не менее 75% в среднемесячной заработной плате работников без учета единовременных стимулирующих выплат».

Согласно п.4 Принципа 13,<sup>182</sup> *«труд пациента, содержащегося в психиатрическом учреждении, не должен эксплуатироваться. Любой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получило бы за аналогичную работу лицо, не являющееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его работу».*

Приложение № 14 «Штатные нормативы медицинского, фармацевтического педагогического персонала и работников кухонь психоневрологических диспансеров, отделений, кабинетов» к Приказу МОКиЗ РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи» определяет должности персонала для обслуживания больных в ЛТМ и имеет отсылку к штатным нормативам, устанавливаемым в диспансерах. Сами же штатные нормативы содержатся в п. 22 приложения №14 к Приказу МОКиЗ РК и в приложении №15 к Приказу МОКиЗ РК «Штатные нормативы...», в пп. 60-61: «Должности медицинского персонала устанавливаются из расчета на каждые 50 больных: врач-психиатр - 0,5 должности, медицинская сестра - 1 должность, санитарка - 1 должность. Должность инструктора по трудовой терапии - из расчета 1 должность на каждые 25 больных».

В штате «ЛТМ при областном психоневрологическом диспансере» 4 сотрудника, получающие, согласно ими предоставленной информации, минимальную заработную плату (МРП): директор, бухгалтер, инструктор по трудовому обучению инвалидов с психохроническими заболеваниями

<sup>182</sup> Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи от 17.12.1991 г.

ми, закройщик. Помимо указанных работников из штатов ОПНД за ЛТМ закреплена и ведет ежедневный контроль за больными медсестра; кроме того раз в неделю приезжает врач-консультант из ОПНД.

Однако штатные нормативы не предполагают директора, бухгалтера, инструктора, закройщика.

В ходе посещения ЛТМ в беседе директор и бухгалтер мастерской озвучили следующие проблемы и рекомендации:

1. Мастерские при ОПНД должны быть государственными, соответственно финансироваться.

2. Минимальной должна быть оплата за здание, электроэнергию, тепло, воду, телекоммуникационные услуги за счет бюджета.

3. По налогам приравнять к инвалидам по зрению и глухим (социальный налог 6,5%). Больные с хроническими психическими заболеваниями лишены льгот (к примеру, льгот по проезду в общественном транспорте и т.д.).

4. Ввести для психически больных ранее существовавшее определение «вознаграждение за труд», так как с ними нет возможности заключать трудовые договора.

5. Необходимо юридически определить, что основанием трудовых отношений больного и лечебно-трудовых мастерских (без статуса работодателя у ЛТМ ОПНД) является направление от врача на прохождение трудотерапии. Мастерские выполняют такие функции, как выработка усидчивости и занятие трудом больного, обучение навыкам жизни в обществе, но при этом больных нельзя заставить подчиняться определенной дисциплине и устанавливать обязательные нормы выработки. Основной проблемой является то, что поскольку больные с хроническими психическими заболеваниями имеют, в основном, инвалидность 2 и 3 групп по дебильности, то принимать их на работу по трудовой книжке с отчислениями в пенсионные фонды не представляется возможным. При этом больных необходимо приучать к элементарным правилам поведения в обществе и к труду.

Помимо вышеперечисленных проблемных вопросов, хотелось бы отметить слабое материально-техническое оснащение мастерской, поскольку швейное оборудование является устаревшим.

В служебных кабинетах сотрудников отсутствует орг. техника (компьютер, принтер, копировальный аппарат), что затрудняет работу сотрудников мастерской.

#### **4.13. Право на социальное обеспечение**

Только гражданину Республики Казахстан гарантируется минимальный размер заработной платы и пенсии, социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца и по иным законным основаниям (п.1 ст.28 Конституции РК, п.1 ст.14, ст.ст.15, 16, 23, 24 ЗРК «О социальной защите инвалидов»), в то время как ст.9 МПЭСРК признает за каждым человеком такое право.

Каждый из 3-х главных врачей указал, что больница помогает больным в документировании. Главный врач МЦППЗ г. Астана сообщил, что «восстановлением утраченных документов занимаются юрист, социальные работники и медсестры социальной помощи, оформляют документы в суд». Главный врач ГУ «КОПБ» сообщила о наличии информации только с 2007 г. - было документировано 20 человек, в 2008 - 13 человек, за 9 месяцев 2009 г. - 8 человек.

Если КОПБ сообщила о конкретном количестве документированных пациентов, то есть о реально достигнутом результате работы в данном плане, то другие регионы – нет.

В качестве подтверждения наличия трудностей у пациентов МЦППЗ г. Астана в восстановлении документов имеет смысл упомянуть о том, что в ходе мониторинга социальным работником и юристом были высказаны просьбы об оказании помощи в решении данного вопроса. Так было опрошено 6 пациентов стационара, у которых отсутствовали документы, удостоверяющие личность, в том числе гражданка Украины (1 год находящаяся в МЦППЗ).

Один из пациентов, содержащихся в МЦППЗ с 2005 по 2009 гг., является гражданином Российской Федерации, в интересах которого филиалом КМБПЧ и СЗ в г. Астана был направлен запрос в посольство РФ в г. Астана, однако ответ не последовал. Кстати, подобная практика непредоставления ответов – не единичный случай.

Учитывая, что сроки пребывания 7-ми вышеуказанных пациентов в МЦППЗ г. Астана составили: 12 месяцев (2 чел.), 3 г. (3 чел.), 4 г. и 13 лет, медицинской организации необходимо решить их проблемы.

Согласно требованиям действующего законодательства граждане РК имеют право на гарантированные Конституцией минимальный размер пенсии, социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца. Иностранцы и лица без гражданства, только постоянно проживающие в РК (то есть имеющие удостоверение вида на жительство или удостоверение лица без гражданства), пользуются правом на пенсионные выплаты из Центра и государст-

венные социальные пособия наравне с гражданами РК. С 01 января 2007 г. выплата пенсий и пособий осуществляется по принципу «месяц в месяц».

В отсутствие документов, удостоверяющих личность, граждане, иностранцы и лица без гражданства, страдающие психическими расстройствами, фактически годами лишены своего права на социальное обеспечение и не получают положенную им помощь от государства. Поскольку никто об этом не заботится, все, в том числе и государство, об этом либо не знают, либо забыли, такие психически больные остаются со своими бедами один на один.

Наблюдателем в г. Павлодар в ходе мониторинга отделения №3 было установлено, что у пациентов, не имеющих родственников, отсутствует возможность своевременно получать пенсионные пособия при прохождении лечения в стационаре ПУ и, соответственно, использовать эти средства для своего обеспечения. Об этом наряду с другими результатами первичного мониторинга посредством письменной информации было доведено до сведения главного врача Павлодарского ОПНД. Реакцией на это последовал запрет наблюдателю посещать психиатрическое учреждение в рамках запланированного и предварительно разрешенного мониторинга.

#### 4.14. Право на жилище

В Республике Казахстан создаются условия для обеспечения граждан жильем. Указанным в законе категориям граждан, нуждающимся в жилье, оно предоставляется за доступную плату из государственных жилищных фондов в соответствии с установленными законом нормами (п.2 ст.25 Конституции РК, п.4 ст.14, ст.26 Закона РК «О социальной защите инвалидов»).

Ст.11 МПСЭКП закрепляет право каждого человека на достаточный жизненный уровень для него и его семьи, включая достаточное питание, одежду и жилище, и на непрерывное улучшение условий жизни. П.3 Декларации о правах умственно отсталых лиц устанавливает право таких лиц на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень.

Ст.68 Закона РК «О жилищных отношениях» определяет категории граждан, относящиеся к социально защищаемым слоям населения: инвалиды 1 и 2 групп, пенсионеры по возрасту, дети-сироты, не достигшие 20 лет, потерявшие родителей до достижения совершеннолетия, многодетные семьи, неполные семьи.

Ст.69 того же Закона указывает, что граждане могут быть признаны нуждающимися в жилье, если в составе семьи имеются больные, страдающие тяжелыми формами некоторых хронических заболеваний (по списку заболеваний, утвержденному в установленном законодательством порядке), при которых совместное проживание с ними в одном помещении (квартире) становится невозможным (в их числе: психические заболевания с хроническим течением, стойкой психической симптоматикой и выраженными изменениями личности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилептическая болезнь, пресенильные и сенильные психозы); органические поражения центральной нервной системы со стойкими тяжелыми нарушениями функций конечностей, и функций тазовых органов (последствия перенесенных тяжелых черепно-мозговых травм, травм позвоночника и спинного мозга, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, сирингомиелия, детский церебральный паралич).

Согласно п.1 ст.71 названного Закона учет граждан, которым может быть предоставлено жилище из государственного жилищного фонда или жилище, арендованное местным исполнительным органом в частном жилищном фонде, осуществляется по месту жительства в местном исполнительном органе района (города областного значения).

В ходе мониторинга установлено, что отдельные пациенты, содержащиеся в стационарах, не имеют ни родных, ни жилья, и, поскольку эти лица страдают серьезными заболеваниями, их не принимают в специализированные учреждения (для психохроников, тубдиспансер, дома престарелых, дома инвалидов и т.д., либо в эти учреждения имеется очередь, которую приходится ожидать от 6 месяцев до года), в связи с чем они вынуждены длительное время пребывать в больнице. Такие пациенты признаются оказавшимися в трудной жизненной ситуации и «по социальным показаниям» остаются в больнице. Таковых только в г. Астана 38.

В то же время больница в г. Костанай, по сообщению главного врача, не оказывает помощь пациентам в постановке в очередь за получением жилья из государственного жилищного фонда, в то время как психиатрические учреждения в гг. Астана и Усть-Каменогорск «выдают заключение». ГУ «ВК ОПНД» «выдает заключение, с которым сам больной или его родственники обращаются в жилищную комиссию», а ГУ «МЦППЗ» г. Астана – «заключение ВКК о праве на дополнительную жилую площадь и первоочередное получение жилой площади». Между тем, согласно сведениям родственников пациентов, первоочередным правом на получение жилья они не обладают.

Что делать таким лицам, остается вопросом, поскольку не в силах самих больных добиваться жилища, в котором они могли бы жить. При этом необходимо учесть, что больницы предназначены для лечения, а не для проживания. По данному вопросу важно, чтобы государственные компетентные органы согласно упомянутому выше Закону предоставляли эффективные специальные социальные услуги.

## 5. Обзор ответов государственных органов

### 5.1. Национальный центр по правам человека

**Национальный центр по правам человека** считает, что «одним из основных механизмов, способствующих наиболее полному и объективному мониторингу соблюдения прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), является рассмотрение их обращений, выработка рекомендаций, а также правозащитный мониторинг учреждений социального типа в регионах». В своем ответе от 16.11.09 г. за № 01/1741-2666 Национальный центр по правам человека отослал нас к ежегодным отчетам о деятельности Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан, которые размещены на веб-сайте указанного должностного лица.

Из данного источника следует, что **в период с 25 по 28.10.2006 г. Уполномоченный посетил Костанайскую областную психиатрическую больницу** (в которой проводился мониторинг и в ходе настоящего исследования) и им сделаны следующие выводы (приводим часть из них):

- учреждение ощущает нехватку в медицинском персонале, а именно во врачах;
- средняя заработная плата сотрудников составляет 25 849 тенге;
- случаев применения силы, унижающего человеческое достоинство обращения, с пациентами не установлено. Специальное помещение для провинившихся пациентов отсутствует, имеется изолятор для инфекционных больных;
- в режимных отделениях туалетные помещения не отвечают современным требованиям (отсутствуют сливные бачки), а постельное белье очень ветхое, старое;
- учреждение не посещают неправительственные общественные, религиозные и международные организации, что означает недостаточную активность как гражданского, так и государственного секторов в этой сфере;
- при отделении неврозов имеется большая комната творческого самовыражения с мягкой мебелью, телевизором, небольшим книжным фондом. Пациенты имеют возможность заниматься рукоделием, играть в шахматы, шашки. В каждом отделении имеется комната для отправления религиозных обрядов;
- в клинике важное значение уделяется трудовой терапии. Пациенты трудятся на территории больницы, которая занимает большую площадь. Территория также засажена большим количеством деревьев;
- заметно отличается отделение неврозов, так как палаты там одно-двух местные, мебель хорошая, постельные принадлежности новые, чистые. При этом температура в отделении значительно ниже, чем в других блоках. По словам руководителя клиники, на следующий год запланировано финансирование на проведение капитального ремонта зданий;
- клиника финансируется недостаточно, особенно в части материально-технического снабжения. Это является ее отличием от других профильных клиник. Любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами означает признак дискриминации. Это обстоятельство не соотносится с общепринятыми международными стандартами в области защиты прав людей с психическими расстройствами, а также с действующим законодательством Республики Казахстан. Следует особо акцентировать внимание всех ответственных государственных органов и должностных лиц, что в соответствии с Принципом 1 ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности.

#### Рекомендации

В результате проведенного мониторинга больницы выявлен недостаточный уровень её функционирования и необходимость принятия следующих мер:

1. Повысить эффективность бюджетного планирования расходов учреждения, увеличить в абсолютном выражении размер бюджета больницы (Объем бюджета учреждения на 2006 г. – 258 670 млн. тенге).
2. Регулярно повышать квалификацию медицинских работников учреждения.
3. Оснастить материально-техническую базу больницы.

**Кроме того, с 11 по 13.09.2006 г. Уполномоченный по правам человека посетил Семипалатинский дом-интернат для психоневрологических больных. Краткое резюме по итогам посещения следующее.**

Учреждение ощущает острую нехватку в медицинском персонале, так как степень нагрузки на 1 врача составляет 15-20 больных. В доме-интернате отсутствуют узкие специалисты, такие как, невропатолог, гинеколог, нарколог и т.д.

Такое положение дел с обеспеченностью кадрами не может не влиять на уровень защиты прав опекаемых больных. При этом врачом Куттыбаевой А.М. было отмечено, что такое количество специалистов предусмотрено штатным расписанием, утвержденным учредителем заведения.

Врачи проходят повышение квалификации в учреждениях образования Казахстана, но как заметил Уполномоченный по правам человека, соответствующим государственным органам необходимо изыскивать возможности для направления медицинских работников в зарубежные научные центры и клиники для повышения квалификации.

Обращая снова внимание на международные стандарты, необходимо отметить, что согласно Правилу 19 обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятым резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН от 20.12.1993 г. (далее - Правила) государствам следует обеспечить, чтобы все органы, ответственные за предоставление услуг инвалидам, осуществляли должную подготовку своего персонала.

Дом-интернат рассчитан на 400 человек, фактически проживает – 405 человек

Опекаемые разделены на два отделения: сохранное и отделение с тяжелыми больными. Внутри отделений отсутствует деление на женское и мужское, что противоречит п.14 Типовых правил, согласно которому в таких учреждениях мужчины и женщины должны быть разделены по корпусам. Соблюдению данного принципа препятствует то, что здание не типовое, не предназначенное для функционирования психоневрологического учреждения. Между тем последствиями такого несоблюдения являются случаи физических домогательств со стороны мужчин-пациентов в отношении психически нездоровых женщин. Это открытый пример грубейшего нарушения прав женщин, страдающих психическими расстройствами, и несоблюдение принятых международным сообществом стандартов оказания психиатрической помощи.

Принцип разделения больных по возрасту также не соблюдается по той же причине – в здании учреждения не хватает помещений, что, на наш взгляд, значительно ущемляет права больных людей на достойное социальное и медицинское обслуживание.

В этой связи выявлен недостаток бюджетного финансирования дома-интерната. Выделение средств на капитальный ремонт зданий и подсобных помещений учреждения отличается своей неравномерностью, неэффективностью, отсутствием системности и скудностью.

Реконструкция бани затянулась на 3 года, а в 2003 г. финансирование вообще отсутствовало. Данный подход к финансированию именуется остаточным и является нарушением прав людей, проживающих в доме-интернате, тем самым, подчеркивая ущербность и ненужность таких подопечных государству.

Вместе с тем медицинское обслуживание инвалидов затрудняется отсутствием машин с подъемником для инвалидных колясок, что также является следствием недостаточного финансирования учреждения.

На территории дома-интерната имеется небольшой огород, на котором трудятся сами подопечные, выращивая различные овощи и зелень для собственного потребления. Тем самым обеспечивается разнообразие и калорийность питания опекаемых людей (от 3000 до 3500 ккал).

Территория также засажена декоративными цветами и деревьями.

В соответствии с п.12 Типовых правил помещения внутри здания медико-социального учреждения по размерам, расположению и конфигурации должны обеспечивать условия для предоставления качественных социальных услуг.

Требования данного пункта в доме-интернате не соблюдаются. Жилые комнаты для подопечных небольших размеров. Пол – старый, деревянный, некрашенный, обстановка в комнатах - скудная, шторы в большинстве комнат отсутствуют, мебель – очень старая, ветхая. Капитальные материальные средства для обеспечения нормальных условий опекаемым больным не вкладываются, общее впечатление от жилых помещений – отрицательное.

В учреждении отсутствуют условия для изоляции туберкулезных больных в случае обнаружения у них заболевания.

В жилых корпусах присутствует стойкий удушливый и неприятный запах, на что неоднократно обращал внимание Уполномоченный по правам человека, посещая аналогичные учреждения в регионах Казахстана.

Вместе с тем при обнаружении обострения психического здоровья у пациентов в обоих отделениях имеются наблюдательные комнаты. В этой связи следует предостеречь администрацию дома-интерната, напоминая о Принципе 11, в соответствии с которым физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам.

Мониторинг учреждения позволяет сделать общий вывод, что дом-интернат финансируется только по самым основным статьям расходов: на питание, лекарства, обеспечение санитарно-гигиенических требований. На все остальные, не менее важные статьи расходов финансирование не осуществляется.

Между тем ситуация с обеспечением медицинскими и социальными услугами других категорий населения в иных учреждениях здравоохранения и социальной защиты заметно отличается в лучшую сторону, тогда как исключения в данной сфере услуг с правозащитной точки зрения не приемлемы.

Можно констатировать, что любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами означает дискриминацию. В данном случае дискриминацию на основании психического заболевания.

Данное обстоятельство не соотносится с общепринятыми международными стандартами в области защиты прав людей с психическими расстройствами, а также с действующим законодательством Республики Казахстан.

Следует особо акцентировать внимание всех ответственных государственных органов и должностных лиц, что в соответствии с Принципом 1 ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности. Все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство.

Рекомендации. В результате проведенного мониторинга дома-интерната выявлен недостаточный уровень его функционирования и необходимость принятия следующих мер:

1. Повысить эффективность бюджетного планирования расходов учреждения, увеличить в абсолютном выражении размер бюджета дома-интерната.
2. Пересмотреть штатное расписание учреждения в сторону значительного увеличения медицинских работников, в том числе узких специальностей.
3. Модернизировать все корпуса дома-интерната, проведя капитальный ремонт и реконструкцию зданий и/или осуществить пристройку нового корпуса.
4. Регулярно повышать квалификацию медицинских работников учреждения.
5. Оснастить материально-техническую базу дома-интерната.

## 5.2. Комиссия по правам человека при Президенте Республики Казахстан

Сектор Секретариата Комиссии по правам человека при Президенте РК Отдела внутренней политики в своем ответе от 09.11.09 г. за № 32-36/5077 сообщил, что за указанный период **в Комиссию не поступали обращения от граждан, страдающих психическими расстройствами.** «Предложения и рекомендации по улучшению организации деятельности по рассмотрению обращений граждан государственными органами подробно изложены в Национальном плане действий в области прав человека, одобренном Президентом РК».

В части, касающейся проведенного мониторинга, нас в первую очередь, интересуют положения Национального плана действий в области прав человека, касающиеся: права на частную жизнь и защиту персональных данных (стр. 11-17 Национального плана), права на труд и социальное обеспечение (стр. 57-63), права на охрану здоровья и медицинскую помощь (стр. 63-66), права лиц с ограниченными возможностями (инвалидов) (стр. 66-75) и др.

К сожалению, Национальный план не содержит предложений о решении проблемных вопросов, касающихся указанных выше прав применительно к лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), и в частности, права на личную свободу и неприкосновенность.

Вместе с этим в Национальном плане отмечены весьма важные и острые проблемы относительно реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также права лиц с ограниченными возможностями (инвалидов). Так, указывается (выдержки):

«Социально-значимые болезни наносят существенный экономический урон и снижают ожидаемую продолжительность жизни.

За последние 3 года, объем казахстанского рынка лекарственных средств увеличился примерно в 2 раза. Несмотря на это проблемой остается доступность и качество лекарственных средств. В целях улучшения лекарственного обеспечения населения будет создана единая система дистрибуции лекарственных средств, а также будет усовершенствована система амбулаторно-го лекарственного обеспечения.

С каждым годом нарастает проблема дефицита кадров. Согласно поручению Главы государства при Правительстве РК создана рабочая группа для выработки предложений по механизму закрепления медицинских кадров в сельской местности и формированию социального пакета для молодых специалистов. Будет увеличен прием в медицинские вузы.

Низкий уровень оплаты труда медицинских работников отражается на качестве предоставляемых услуг. Для решения этой проблемы расширяется перечень специальностей, при которых за психоэмоциональные и физические нагрузки будут увеличены коэффициенты повышения заработной платы. Кроме того, будут внедрены эффективные мотивационные и стимулирующие механизмы, включая усовершенствование системы оплаты труда медицинских работников.

Нуждающиеся инвалиды обеспечиваются обязательными гигиеническими средствами, ... индивидуальными помощниками.

Инвалидам, нуждающимся в постоянном постороннем уходе, предоставляется социальное обслуживание в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатах.

В Казахстане функционируют 102 государственных медико-социальных учреждений, из которых 31 психоневрологический дом-интернат, 17 детских психоневрологических дома-интерната.

Местными исполнительными органами не реализуются в полной мере мероприятия по созданию доступа инвалидов к имеющимся строящимся жилым, общественным и производственным зданиям...

Основная часть инвалидов, сохранивших трудоспособность, не имеет условий для профессиональной реабилитации.

Обязательным условием совершенствования системы реабилитации инвалидов является создание Централизованной базы данных инвалидов, формирование которой завершено в 2008 г.».

Ввиду ограничения объема настоящего доклада не представляется возможным провести анализ всех рекомендаций из Национального плана. Рациональным представляется указать, что из 14-ти рекомендованных Правительству РК, Парламенту РК в период 2009-2011 гг. мер по обеспечению права на охрану здоровья, две уже реализованы: принят Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», в нем закреплено право граждан на свободный выбор медицинской организации, врача.

### **5.3. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан**

Из ответа Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан от 16.11.09 г. за №11к-13554-09 следует, что «в статистических отчетах, формируемых Комитетом, сведения о:

- количестве поступивших в прокуратуры РК жалоб по вопросу о несогласии с недобровольной госпитализацией в психические учреждения РК;
- вынесенных судами РК решений по жалобам на действия (бездействия) врачей и другого медицинского персонала психиатрических учреждений РК (далее - ПУ) пациентов ПУ, родственников пациентов ПУ, адвокатов и других лиц;
- количестве вынесенных судами РК решений о недобровольной госпитализации;
- количестве рассмотренных апелляционных жалоб областными и приравненными к ним судами на решение судов о недобровольной госпитализации, **не предусмотрены**.

Государство в лице указанного выше Комитета имеет статистические сведения о количестве рассмотренных дел о признании гражданина ограничено дееспособным или недееспособным, а также о результатах рассмотрения дел о признании гражданина ограничено дееспособным или недееспособным по апелляционным жалобам и протестам, и предоставило их за период 2003 г. - 9 месяцев 2009 г.

Анализ вышеназванного ответа показывает, что примерно в 6 раз произошел резкий рост числа дел о признании гражданина ограничено дееспособным или недееспособным, рассмотренных судами Казахстана: с 582 дел в 2003 г. и 543 в 2004 г. до 2838 в 2005 г. Далее в сравнении с 2005 г. наблюдается постепенное незначительное снижение данного числа на 4 дела в 2006 г. (2834); затем заметное снижение на 302 дела в 2007 г. (2536) и на 544 в 2008 г. (2294) За 9 месяцев 2009 г. судами Казахстана рассмотрено 1908 дел о признании гражданина ограничено дееспособным или недееспособным.

За 7 лет (с 2003 по 2009 гг.) из числа рассмотренных судами дел (13 607) в большей части (13 255 или 97,4%) иски удовлетворены (96,4% или в 561 дел в 2003 г.; 89,5% или в 486 делах в 2004 г.; 95,8% или 2718 делах в 2005 г.; 97,6% или 2765 делах в 2006 г.; 97,7% или 2477 делах в 2007 г.; 98,8% или 2266 делах в 2008 г.; 98,6% или 1952 делах за 9 месяцев 2009 г.).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод об увеличении числа лиц, признанных судами ограничено дееспособными или недееспособными, поскольку ежегодно признается таковыми от 468 до 2765 человек.

Относительно принятия судами решений об отказе в иске наблюдается сначала рост в 2004 г., а затем постепенное устойчивое снижение количества таких решений. Всего с 2003 г. по 9 месяцев 2009 г. отказано в иске в 361 или 2,6% дел. Так 3,4% от общего количества рассмотренных дел о признании гражданина ограничено дееспособным или недееспособным или по 20 делам в 2003 г.; 10,5% или по 57 делам в 2004 г.; 3,9% или по 112 делам в 2005 г.; 2,7% или по 68 делам в 2006 г.; 1,9% или по 49 делам в 2007 г.; 1,2% или по 27 делам в 2008 г.; 1,4% или по 28 делам за 9 месяцев 2009 г.

С прекращением производства по делу вынесено 369 решений (19-11- 86-71-72-51-59 за 2003 г. – 9 месяцев 2009 г.). С оставлением иска без удовлетворения – 1543: 72-65-228-284-271-336-287) за тот же период.

Большее число дел о признании гражданина дееспособным или недееспособным было рассмотрено судами:

- в 2003 г. - Западно-Казахстанской (96), Актюбинской областей (58), г. Астана (57);
- в 2004 г. – Карагандинской (с 45 в 2003 г. до 100 в 2004 г.), Кызыл-Ординской (с 29 в 2003 г. до 69 в 2004 г.), Восточно-Казахстанской областей (с 39 в 2003 г. до 48 в 2004 г.);
- в 2005 г. – Карагандинской (562), Восточно-Казахстанской (475), Алматинской областей (413);
- в 2006 г. – Восточно-Казахстанской (692), Карагандинской (437), Костанайской областей (10 в 2003 г., 30 в 2004 г., 148 в 2005 г., 227 в 2006 г.: за 4 г. рост дел в 22 раза);
- в 2007 г. – Восточно-Казахстанской (39 в 2003 г., 48 в 2004 г., 475 в 2005 г., 692 в 2006 г., 440 в 2007 г.), Карагандинской (45 в 2003 г., 369 в 2007 г.), Южно-Казахстанской областей (29 в 2003 г., 36 в 2004 г., 149 в 2005 г., 117 в 2006 г., 252 в 2007 г.: то есть за 5 лет рост дел произошел почти в 10 раз);
- в 2008 г. - Восточно-Казахстанской (366), Карагандинской (311), Южно-Казахстанской областей (219);
- за 9 месяцев 2009 г. - Восточно-Казахстанской (370), Карагандинской (209), Южно-Казахстанской областей (198).

Примечательно то, что с 2003 г. резкий рост (примерно в 10 раз) числа рассмотренных судами дел наблюдается в Карагандинской, Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях. При этом пик приходится на 2007 г., после чего в 2008 г. в этих же регионах отмечается небольшой спад. В 2009 г. из указанных 3-х регионов незначительный рост дел определяется только в Восточно-Казахстанской области. Выделяется так же Костанайская область, где тенденция роста за 4 года с 10 дел в 2003 г. отмечается в 22 раза в 2006 г. (227 дел), после чего в последующие годы количество рассмотренных судами области дел практически стабильно от 139 до 130 дел в год.

Относительно апелляционных жалоб или протестов следует отметить, что поступило 62 жалобы или протеста, по результатам рассмотрения которых 12 решений отменены полностью, в части - 1. Так, за 9 месяцев 2009 г. в суды поступило 4, в 2008 г. – 9 (из которых отменено 2 полностью), в 2007 г. – 6 (отменено 3 полностью и 2 по жалобам), в 2006 г. – 18 (5 отменено полностью и 2 по жалобам), в 2005 г. – 11 (2 полностью), в 2004 г. – 6 (1 по жалобе), в 2003 г. - 8.

#### 5.4. Областные и приравненные к ним суды

За период 2003-2009 гг. **областными и приравненными к ним судами** г. Астана, Павлодарской и Костанайской областей жалобы на решения судов о недобровольной госпитализации, на действия/ бездействие врачей ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья г.Астаны», ГУ «Областной психоневрологический диспансер г.Павлодара», ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница», не поступали, не рассматривались.

Исключением из указанного является ответ Восточно-Казахстанского областного суда, согласно которому за период с 01.01.2003 г. по 30.09.2009 г рассмотрено **10 жалоб на недобровольную госпитализацию** (4 – в 2003 г., 3- в 2004 г., по 1 жалобе – в 2005, 2006 и 2008 гг.). Кроме того, **по 1 жалобе** в 2006 и 2008 гг. поступило в ВКО суд **на действия, врачей и другого медицинского персонала психиатрической больницы г. Усть-Каменогорска**, первая из которых осталась без рассмотрения, а вторая – без удовлетворения.

Согласно ответу Костанайского областного суда, «понятие «недобровольной госпитализации» в судебной практике отсутствует. Глава 34 ГПК РК предусматривает производство по делам о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар. Раздел 7 УК РК предусматривает принудительное лечение в психиатрическом стационаре, в качестве принудительной меры медицинского характера».

##### Выводы:

1. Статистика относительно обращений лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), компетентным государственным органом не ведется.<sup>183</sup> Возможно, что такая ситуация связана с не обращением лиц с психическими расстройствами, их родственников, адвокатов в прокуратуру и суды с жалобами на недобровольную госпитализацию, действия (бездействие) вра-

<sup>183</sup> О количестве поступивших в прокуратуры РК жалоб по вопросу о несогласии с недобровольной госпитализацией в психические учреждения РК; о вынесенных судами РК решениях по жалобам на действия (бездействие) врачей и другого медицинского персонала психиатрических учреждений РК (далее - ПУ) пациентов ПУ, родственников пациентов ПУ, адвокатов и других лиц; о вынесенных судами РК решений о недобровольной госпитализации; о количестве рассмотренных апелляционных жалоб областными и приравненными к ним судами на решение судов о недобровольной госпитализации».

чей и другого медперсонала психиатрических учреждений. Данный предварительный вывод подтверждается ответами судов г. Астана, Павлодарской и Костанайской области.

2. Между тем активность в обжаловании недобровольной госпитализации и действий врачей и иного медперсонала наблюдается на востоке, поскольку подобного рода жалобы с 2003 по 2009 гг. рассматривались судами Восточно-Казахстанской области: 10 жалоб по вопросу о недобровольной госпитализации и 2 жалобы на действия врачей и иного медперсонала психоневрологического диспансера, однако, остались либо без рассмотрения, либо без удовлетворения. Не исключается, что гражданам требовалась квалифицированная юридическая помощь.

3. Имеющаяся статистика относительно признания лица недееспособным или ограниченно дееспособным показывает тенденцию в увеличении подобного рода дел в 4,9 раза в 2005 г. в сравнении с 2003 г. и далее незначительное снижение (однако в сравнении с тем же 2003 г. - рост в 3,6 раз).

4. В большей части дел (13 255 или 97,4%) иски удовлетворены, граждане признаны ограниченно дееспособными или недееспособными. При этом наблюдается тенденция их роста (ежегодно признается таковыми от 468 до 2765 человек), что составляет около 0,09% граждан от общего количества проживающих в Казахстане 15 млн. населения.

5. Что касается апелляционных жалоб или протестов, то увеличение их числа наблюдается в 2006 г., а в последующие годы имеет скачкообразный характер: либо данный показатель повышается, либо понижается. За 6 лет 9 месяцев из числа 13 607 рассмотренных судами дел подано 62 апелляционные жалобы или протеста (0,5%). Таким образом, минимум решений о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным обжалуется.

6. По 19,4% от общего числа поступивших апелляционных жалоб или протестов вынесено решений об отмене постановлений судов первой инстанции. Это составляет 0,09% от общего числа рассмотренных судами дел о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным.

## 5.5. Управления здравоохранения

Согласно ответам, полученным из **Управлений здравоохранения** 4-х регионов, по вопросу о недобровольной госпитализации жалобы в указанный орган поступают весьма редко. Так, в **Костанайской области**<sup>184</sup> за 4 г. (с 2005 по 2009 гг.) обратилось 3 человека, из которых в одном случае факт незаконной госпитализации подтвердился. В гг. **Усть-Каменогорск и Астана**<sup>185</sup> поступило по 1 жалобе. Если в первом случае Управление здравоохранения ВКО<sup>186</sup> не указало результатов ее рассмотрения, то в г. Астана жалоба была признана обоснованной. Однако вместо уголовной ответственности, предусмотренной ст.127 «Незаконное помещение в психиатрический стационар» Уголовного кодекса Республики Казахстан, в обоих регионах виновные понесли лишь дисциплинарное наказание без уточнения его вида в Костанайской области и замечание - в г. Астана.

Какого-либо ответа по существу аналогичного запроса Управлением здравоохранения **Павлодарской области** не было предоставлено за исключением следующей информации, которая по существу может расцениваться как непредоставление информации: «В Управлении здравоохранения Павлодарской области рассмотрено Ваше обращение о предоставлении информации о количестве состоящих на очереди на жилье лиц, страдающих психическими расстройствами. Такими сведениями мы не располагаем. Данный вопрос не входит в нашу компетенцию. Согласно ст. 95 «Врачебная тайна» Кодекса РК о здоровье народа и системе здравоохранения сведения о лицах, страдающих психическими расстройствами, являются конфиденциальными».<sup>187</sup>

Второй вопрос, который был адресован органам здравоохранения, – количество поступивших жалоб на действия/ бездействие врачей и другого медицинского персонала и результаты их рассмотрения. Здесь ситуация иная: если в Костанайской области таковых не поступало, то в гг. Усть-Каменогорск и Астана они имели место. Если в г. Усть-Каменогорск поступило 9 жалоб (при этом Управление не посчитало необходимым ответить на вопрос о результатах их рассмотрения, ограничившись лишь тем, что «все жалобы рассмотрены, даны ответы в установленные сроки законодательством РК»), то в г. Астана – в 3 раза меньше: 3 жалобы от: а) пациентов – 2, по результатам рассмотрения 1 жалоба была подтверждена, вынесено дисциплинарное взыскание, 1 жалоба частично была подтверждена, даны рекомендации; б) родственников пациентов – 1, необоснованная.

<sup>184</sup> Ответ Управления здравоохранения акимата Костанайской области от 29.10.09 г., № 341-ЮЛ.

<sup>185</sup> Ответ Управления здравоохранения г. Астаны от 10.11.09 г., № 01-10/8177.

<sup>186</sup> Ответ Управления здравоохранения Восточно-Казахстанской области от 28.10.09 г., № 02-45/5691.

<sup>187</sup> Ответ Управления здравоохранения Павлодарской области от 26.11.09 г., № 5/1-09/3621.

Как выяснилось, предложения имелись только у Управления здравоохранения г. Астана, которое указало на «открытие Дома- интерната (с проживанием) для больных с психическим отклонением».

#### Выводы:

отсутствие или весьма малое количество обращений граждан по вопросу о недобровольной госпитализации в Управления здравоохранения 3-х регионов и одновременное подтверждение отдельных нарушений дает основание предполагать следующие возможные варианты:

- ситуация с недобровольной госпитализацией достаточно справедливая, а решения законные;
- отсутствие обращений является сигналом для более тщательного мониторинга;
- пациенты не имеют информации/ не знают о возможности обжалования недобровольной госпитализации;
- пациенты по каким-либо причинам не верят в справедливое разрешение вопроса в случае обжалования;
- пациенты не ощущают себя здоровыми для самостоятельной инициативы по обжалованию;
- возможно поступающие жалобы не регистрируются надлежащим образом.

Практическая безнаказанность виновных за незаконное помещение в психиатрический стационар влечет ответственность уже тех руководителей, кто допускает бездействие в данном случае (напомним, что вместо уголовной ответственности, предусмотренной ст.127 «Незаконное помещение в психиатрический стационар» Уголовного кодекса Республики Казахстан, в гг. Астана и Костанай виновные понесли лишь дисциплинарное наказание без уточнения его вида в Костанайской области и замечание - в г. Астана).

Заслуживает внимания тот факт, что совместно с врачами действуют и другие лица, для которых помещение в психиатрический стационар является по каким-то причинам выгодным. В период мониторинга в г. Астана монитор получил информацию, подтвержденную документально, о том, что прокуратурой столицы установлено нарушение прав лица, незаконно помещенного в психиатрический стационар. Однако дальше письменного ответа заявителю об этом дело не получило своего распространения, несмотря на функцию прокуратуры по осуществлению надзора за соблюдением законности и защите конституционных прав граждан.

## 5.6. Прокуратура

Исходя из анализа ответов, предоставленных **прокуратурой**, можно следующие выводы:  
- часть информации, полученной от Управлений здравоохранения, подтвердилась ответами прокуратуры;

- большая часть обращений - 20% в прокуратуру Костанайской области были необоснованными; 20% - на действия лечащего врача, 80% - на недобровольную госпитализацию (в 50% из них обжаловались действия врачей). Так прокуратурой Костанайской области за 2 года (2007 и 2009 гг.) получено 5 обращений, из которых 1 жалоба зарегистрирована в КУЗ по признакам преступления, предусмотренного ст.127 УК РК с последующим направлением в ОВД для производства проверки и принятия процессуального решения.

Остальные жалобы либо направлены для разрешения по существу в ГУ «Департамент Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг Министерства здравоохранения РК по Костанайской области» (1 жалоба гр. Л., поступившая 06.11.07 г. в прокуратуру г. Костанай Костанайской области), либо оставлены без рассмотрения (1 жалоба гр. Н., поступившая 21.09.09 г. в прокуратуру г. Костанай Костанайской области),<sup>188</sup> либо не нашли объективного подтверждения (2);<sup>189</sup>

- в прокуратуру Павлодарской области за 2 года (2007-2008 гг.) поступило 1 обращение (12.03.2008 г. гр. С. обратился в прокуратуру области по вопросу несогласия с принудительной госпитализацией. По доводам заявителя, прокуратурой области в учреждении проведена проверка. Проверкой установлено, что С. на учёте не состоит и на стационарном лечении не находился. В этой связи 11.04.2008 г. жалоба С. отклонена и дано разъяснение);<sup>190</sup>

«Прокуратурой г. Павлодара установлено, что за период с 2003 г. по истекший период 2009 г. в прокуратуру г. Павлодара неоднократно поступали обращения 2 лиц, состоящих на психоневрологическом учете, на действия (бездействия) должностных лиц ОПНД.

Так 26.05.2003 г. в прокуратуру г. Павлодара поступило обращение гр. С. по вопросам не-принятия мер сотрудниками полиции по ранее поданному заявлению по факту пропажи его имущества и на действия врачей ОПНД - по неоднократным его вызовам на прием.

<sup>188</sup> Ответ прокуратуры г. Костанай Костанайской области от 11.11.09 г., №9-1920-09.

<sup>189</sup> Ответ прокуратуры Костанайской области от 21.11.09 г., № 7-2920-09.

<sup>190</sup> Ответ прокуратуры Павлодарской области от 20.11.09 г., № 7-1874-09.

По результатам проверки в части неоднократных вызовов врачами ОПНД на прием заявителю дано разъяснение о том, что в соответствии с Законом РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» диспансерное наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами, может устанавливаться в не зависимости от их согласия и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья путем регулярных осмотров врачом и оказания необходимой медицинской и социальной помощи.

Аналогичное обращение гр. С. на действия врачей ОПНД поступало в 26.08.03 г., по итогам рассмотрения которого заявителю дан ответ разъяснительного характера.

После чего в период 2003-2004 гг. от гр. С. в прокуратуру поступало 27 (2003 г. - 8, 2004 г. - 19) одинаковых по содержанию обращений, в т.ч. по вопросам законности действий врачей ОПНД, рассмотрение которых прекращено ввиду того, что в них не приводились новые доводы или вновь открывшиеся обстоятельства.

30.10.07 г. в прокуратуру поступило обращение гр.Ж. на действия врача ОПНД по выдаче справок и сведений, составляющих врачебную тайну, ОО «Берлик» и невыдаче таковых заявителю. Данное обращение было перенаправлено с контрольным сроком для рассмотрения по существу в ГУ «Департамент здравоохранения Павлодарской области», по результатам которого действия врача ОПНД признаны законными.

В 2008 г. по данному факту гр. Ж. обращалась в Южный отдел полиции УВД г. Павлодара, по результатам рассмотрения принято решение об отказе в возбуждении уголовного дела. В последующем поступающие в прокуратуру обращения гр. Ж (2008 г.- 7, 2009 г.- 2) характеризовались обжалованием указанного решения об отказе в возбуждении уголовного дела, по итогам рассмотрения которых заявителю даны ответы разъяснительного характера»;<sup>191</sup>

- в прокуратуру г. Усть-Каменогорск «за период с 01.01.03 г. по 30.09.09 г. поступило 1 обращение от родственников (родителей) гр. К., в котором они выражали несогласие с помещением последней в ОПНД, однако доводы по факту незаконной госпитализации не подтвердились в ходе проведенной проверки, о чем заявителю дан ответ».<sup>192</sup>

#### Выводы:

- пациенты в Костанайской области в большей степени доверяют прокуратуре, нежели органам здравоохранения, исходя из количества обращений в указанные органы;

- за период 2005-2009 гг. родственники пациентов, адвокаты и иные лица в органы прокуратуры, как следует из ответов указанных органов, за исключением одной жалобы родственников гр. К. в прокуратуру г. Усть-Каменогорск, не обращались (например, «Обращения по указанному вопросу от родственников пациентов психиатрических организаций, адвокатов и иных лиц в органы прокуратуры области за 2005-2009 гг. не поступали»);<sup>193</sup>

- предложений и рекомендаций по улучшению ситуации с социальной защитой психических больных не имеется ни в одном регионе. Было бы интересно узнать: с чем связано их отсутствие:
  - с не поступлением жалоб (о чем говорится в ответе прокуратуры г. Астана: «За период с 2006 г. по настоящее время в прокуратуру города (в том числе районные прокуратуры) обращения о несогласии с принудительной госпитализацией в ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья», а также на действия (бездействия) медицинских работников данного учреждения не поступали».<sup>194</sup> Аналогичный ответ дан прокуратурой Костанайского района Костанайской области);<sup>195</sup>

- с малым количеством обращений, что следует из ответа прокуратуры Павлодарской области: «С учётом наименьшего количества обращений, поступивших в прокуратуру области, предложений и рекомендаций по улучшению ситуации по социальной защите лиц, страдающих психическими заболеваниями, не имеется», а также из ответа прокуратуры г. Усть-Каменогорска Восточно-Казахстанской области;<sup>196</sup>

- с отсутствием жалоб в связи с уничтожением надзорных производств (о чем сообщалось в ответах прокуратуры г. Астана, Павлодарской и Костанайской области: «Предоставить информацию за период с 2003-2005 гг. не представляется возможным, так как надзорные производства по обращениям в соответствии с утвержденным перечнем были уничтожены»;<sup>197</sup> «В соответствии с приказом Генерального прокурора РК за №81 от 22.09.1999 г. «О введении в действие Перечня документов органов прокуратуры Республики Казахстан с указанием сроков хранения», надзорные производства по жалобам в прокуратурах областей хранятся 3 года. В этой связи предоставление сведений за период 2003-2006 гг., по запрашиваемой Вами категории обращений не представля-

<sup>191</sup> Ответ прокуратуры г. Павлодар от 24.11.09 г., № 1/913-09.

<sup>192</sup> Ответ прокуратуры г. Усть-Каменогорск от 09.11.09 г., № 20-16-4839-09.

<sup>193</sup> Ответ прокуратуры Костанайской области от 21.11.09 г., № 7-2920-09.

<sup>194</sup> Ответ прокуратуры г. Астана от 20.11.09 г., № 7-2141-09.

<sup>195</sup> Ответ прокуратуры Костанайского района Костанайской области от 26.10.09 г., № 7-6-2891-09.

<sup>196</sup> Ответ прокуратуры г. Усть-Каменогорск ВКО от 09.11.09 г., № 20-16-4839-09.

<sup>197</sup> Ответ прокуратуры г. Астана от 20.11.09 г., № 7-2141-09.

ется возможным»;<sup>198</sup> «Сообщаю, что предоставить интересующие Вас сведения за 2003-2004 гг. не представляется возможным, поскольку надзорные производства по обращениям физических лиц за этот период уничтожены в соответствии с требованиями Приказа Генерального Прокурора Республики Казахстан от 22.09.1999 г. №81 «О введении в действие Перечня документов органов прокуратуры Республики Казахстан с указанием сроков хранения»<sup>199</sup>);

- с не рассмотрением жалоб непосредственно прокуратурой, а направление их в органы здравоохранения (как об этом сообщила ВКО прокуратура: «Уполномоченным органом в сфере здравоохранения является управление здравоохранения Восточно-Казахстанской области, контролирующим – Департамент Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг Министрства здравоохранения РК по ВКО, которыми рассматриваются жалобы на действия (бездействия) врачей и другого медицинского персонала, в том числе и направляемые органами прокуратуры области. В связи с этим для получения соответствующей достоверной информации Вам необходимо обратиться в указанные государственные органы»;<sup>200</sup> прокуратура г. Павлодар, которая направила в октябре 2007 г. обращение гр. Ж. в ГУ «Департамент здравоохранения Павлодарской области»).

## 5.7. Департамент по контролю и социальной защите, Управления/ отделы занятости и социальных программ

**Из отделов занятости и социальных программ** г. Костанай и Павлодар,<sup>201</sup> а также **Департаментов по контролю и социальной защите** по Костанайской и Восточно-Казахстанской области получены следующие сведения за период 2003-9 месяцев 2009 гг.:

- **на учете в 2-х регионах без гг. Астана и Павлодар** (цифра указана без учета сведений из ответа отдела занятости г. Костанай) **состоит 3 793 инвалида с психическими расстройствами** (907 чел.: 439 мужчин, 311 женщин и 157 детей в г. Костанай; 1809 чел. за период 2003-2009 гг., однако в 2003 г. не велась статистика с разбивкой по полу: 877 мужчин и 581 женщин в Костанайской области; 1 984 чел.: 985 мужчин, 726 женщин, 166 мальчиков и 107 девочек в ВКО).

К сожалению, ГУ «Отдел занятости и социальных программ г. Павлодар не располагает информацией о количестве инвалидов – лиц, страдающих психическими расстройствами, поэтому указывает общее число инвалидов - 11 211 чел., а Управление занятости и социальных программ г. Астана вообще не предоставило каких-либо статистических сведений.

Кроме того, в Костанайском городском отделе занятости устно сообщили, что их сотрудники могли какие-то неврологические заболевания отнести также к этой группе, объясняя отсутствием медицинского образования, поэтому она столь многочисленная, без учета умерших, выехавших. Несоответствие данных по городу и области, пояснили проблемами предоставления сведений.

- из них инвалидов 1 группы 117<sup>202</sup> (49 чел. в г. Костанай; 62 чел.: 29 мужчин и 24 женщины в Костанайской области; 55 чел.: 34 мужчины, 21 женщина в ВКО);

- инвалидов 2 группы 2 191 (537 чел. в г. Костанай; 865 чел.: 390 мужчин и 301 женщина в Костанайской области; 1326 чел.: 754 мужчины, 572 женщины в ВКО);

- инвалидов 3 группы 701 (164 чел. в г. Костанай; 371 чел.: 189 мужчин и 95 женщин в Костанайской области; 330 чел.: 197 мужчин, 133 женщины в ВКО);

- детей-инвалидов 784 (157 детей до 18 лет в г. Костанай; 511 чел.: 269 мальчиков и 161 девочки в Костанайской области; 273 чел.: 14 (10 мальчиков и 4 девочки) – инвалиды 1 группы, 80 (44 и 36) – 2 группы, 20 (16 и 4) - 3 группы, 159 (96 и 63) – ребенок-инвалид до 16 лет в ВКО).

О количестве трудоустроенных инвалидов с психическими расстройствами сообщено только отделом занятости г. Костанай и Департаментом по контролю и социальной защите по ВКО. Так в г. Костанай работают 29 человек, а в ВКО трудоустроено 248 инвалидов 3-ей группы. Между тем отдел занятости г. Костанай предоставил сведения о количестве инвалидов пенсионного возраста – 78 человек.

Из ответа отдела занятости г. Костанай следует: «Выплачиваются государственное социальное и специальное государственные пособия. Оказывается ежегодная единовременная материальная помощь в размере 1000 тенге. Детям-инвалидам 3 раза в год оказывается материальная

<sup>198</sup> Ответ прокуратуры Павлодарской области от 20.11.09 г., № 7-1874-09.

<sup>199</sup> Ответ прокуратуры Костанайской области от 21.11.09 г., № 7-2920-09.

<sup>200</sup> Ответ прокуратуры Восточно-Казахстанской области от 10.11.09 г., № 7-21-2158-09.

<sup>201</sup> Ответы ГУ «Отдел занятости и социальных программ города Павлодара» от 19.11.09 г., № 118-12-00-49; ГУ «Отдел занятости и социальных программ акимата г. Костаная» от 16.11.09 г., №287; ГУ «Департамент по контролю и социальной защите по Костанайской области» от 02.11.09 г., №06-08-2726; ГУ «Департамент по контролю и социальной защите Комитета по контролю и социальной защите МТСЗ Республики Казахстан по ВКО» от 16.11.09 г., №04-01/н23399.

<sup>202</sup> Сведения, указанные по г. Костанай, не учитывались.

помощь по 1000 тенге. Ежегодно дети-инвалиды получают материальную помощь на оздоровление в летний период».

В ответе Департамента по контролю и социальной защите по ВКО указано: «Лицам, признанным инвалидами по психическому заболеванию, выплачивается пособие по инвалидности».

Департаментом по контролю и социальной защите по Костанайской области сообщено: «Всем инвалидам выплачивается пособие по инвалидности, кроме этого, инвалидам 1, 2 групп выплачивается спецпособие. На инвалидов, при целесообразности, разрабатывается ИПР - индивидуальная программа реабилитации, в которой даются рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. По социальной реабилитации нуждающиеся инвалиды обеспечиваются гигиеническими средствами, кресло-колясками. По профессиональной реабилитации даются рекомендации на трудоустройство: рекомендуется, как правило, труд разнорабочего и труд в спецсозданных условиях. Дети с умеренной умственной отсталостью согласно решению ПМПК обучаются по вспомогательной программе, а с тяжелой и глубокой умственной отсталостью обслуживаются на дому социальным работником. Некоторым детям, по показаниям, проводится обучение на дому».

Учитывая, что в Костанайской областной психиатрической больнице только 1 социальный работник, по всей вероятности, этого недостаточно для осуществления указанной Департаментом работы.

За исключением г. Усть-Каменогорск, ни в одном из 3-х других регионов не функционируют лечебно-трудовые мастерские, и, к примеру, как следует из ответа отдела занятости г. Костанай «создание лечебно-трудовых мастерских не планируется». В г. Усть-Каменогорск, напротив, функционирует лечебно-трудовая мастерская при областном психоневрологическом диспансере на 35 чел., расположенная по адресу: г. Усть-Каменогорск, ул. Краснознаменная, 117.

Исходя из предоставленных сведений можно сделать следующие выводы:

- в г. Костанай и Усть-Каменогорск инвалидов с психическими расстройствами (заболеваниями) мужского пола больше, чем женского (в том числе детей);
- только в г. Усть-Каменогорск функционирует лечебно-трудовая мастерская, при этом в г. Костанай её создание даже не планируется;
- большая часть лиц, имеющих инвалидность, представлена инвалидами 2 группы, далее – дети, затем - 3 группы, и 1 группы;
- из 3-х регионов больше всего инвалидов с психическими расстройствами в Костанайской области (1 809, из них детей 511), затем в ВКО (1 984, из них детей 273);
- число детей по отношению к количеству взрослых инвалидов с психическими расстройствами следующее: Костанайская область (28,3%), ВКО (13,8%);
- количество социальных работников согласно штатному расписанию психиатрических учреждений недостаточно для оказания необходимой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями).

**В гг. Астана и Костанай отделы/ управления занятости и социальных программ предоставили следующие ответы.**

Как следует из ответа указанного государственного органа в г. Костанай, он не занимается вопросами:

1) установления инвалидности, нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе, назначения пособий (данный вопрос входит в компетенцию ГУ «Департамент по контролю и социальной защите Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения РК по Костанайской области»);

2) занятости инвалидов и создании специальных и социальных рабочих мест для их трудоустройства (отнесены к компетенции акимата г. Костанай),<sup>203</sup>

3) предоставления жилища (что входит в компетенцию местного исполнительного органа).<sup>204</sup>

**Управление занятости и социальных программ г. Астаны** сообщило следующее:

«В г. Астана функционирует Детское психоневрологическое медико-социальное учреждение, рассчитанное на 180 койко-мест. На полном государственном обеспечении содержится 120 детей-инвалидов, в том числе в отделении дневного пребывания - 60 детей-инвалидов.

В настоящее время в Детском психоневрологическом медико-социальном учреждении г. Астаны в целях реализации Закона РК «О специальных социальных услугах» проводится работа по внедрению стандартов специальных социальных услуг в области социальной защиты.

Для организации реабилитационных и лечебных мероприятий опекаемых в МСУ оборудована комната Монтессори, сенсорная комната, лекотека.

В текущем году согласно вновь принятым нормативно-правовым актам по оказанию специальных социальных услуг для развития трудовых навыков у детей оборудован кабинет швейного дела.

<sup>203</sup> Ответ отдела занятости и социальных программ г. Костанай от 27.10.09 г., № 02-01/238.

<sup>204</sup> Ответ отдела занятости и социальных программ г. Костанай от 28.10.09 г., № 02-01/241.

Также функционирует Психоневрологическое медико-социальное учреждение, расположенное в Аккольском районе Акмолинской области, где проживают 176 инвалидов, из них мужчин - 117 человек, женщин - 59 человек.

Основными задачами Психоневрологического МСУ являются создание опекаемым благоприятных условий жизни, приближенных к домашним, предоставление социальных услуг в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания и проведение реабилитационных мероприятий.

На территории Психоневрологического МСУ имеется приусадебный участок, зимний сад, огород, подсобное хозяйство, в которых задействованы опекаемые. С 2005 г. функционирует швейная мастерская (плетение бисером, вязка, шитье кухонных принадлежностей), где опекаемые работают по графику, а также с 2007 г. функционирует производственная мастерская, где опекаемые работают на слесарно-столярных станках (токарный, деревообрабатывающий станок, фрезерный станок, сверлильный станок).

При этом инвалиды, проживающие в психиатрических учреждениях, получают государственное социальное пособие по инвалидности, которое перечисляется на лицевые счета получателей (опекаемых).

По состоянию здоровья, опекаемые МСУ, могут привлекаться к трудотерапии.

Дополнительно сообщаем, что в соответствии с постановлением Правительства РК от 20.07.2005 г. № 754 «О некоторых вопросах реабилитации инвалидов» профессиональная реабилитация и предоставление социальных услуг, в том числе обеспечение санаторно-курортным лечением, протезно-ортопедическими изделиями, сурдо-тифлотехническими изделиями, обязательными гигиеническими средствами, кресло-колясками, а также профессиональная реабилитация и т.д. инвалидов 1, 2, 3 групп, детей-инвалидов до 18 лет проводится в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, разрабатываемой врачом-реабилитологом МСЭК (медико-социальная экспертная комиссия) Департамента по контролю и социальной защите комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты РК по г. Астане».<sup>205</sup>

Следует отметить, что **в запросах, направленных в вышеуказанные органы, содержалась просьба о предоставлении следующих данных** за период с 2003 по 2009 гг. о:

- Численности лиц, признанных инвалидами 1, 2, 3 групп, страдающих психическими расстройствами (с разбивкой сколько из них женщин, мужчин, несовершеннолетних, по годам);
- Какие виды помощи им оказываются (выплата пособий, повышение квалификации, трудоустройство по специальным программам и т.д.);
- Функционируют ли трудовые мастерские для психически больных. Если да – то где они расположены, если нет – то имеется ли в планах их создание и заложены ли средства в бюджете для этого.

## 5.8. Психиатрические учреждения

**Психиатрические учреждения 3-х регионов (за исключением г. Павлодар, где руководство больницы оставило запрос КМБПЧ без ответа по существу, сославшись на врачебную тайну),<sup>206</sup> предоставили следующие сведения:**

- годы постройки - ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья» г. Астаны - 1978 г.; ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» - 1968 г.; ГУ «Восточно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер» - был открыт в 1967 г. на 120 коек. В 1986 г. получил

<sup>205</sup> Ответ управления занятости и социальных программ г. Астана от 13.11.09 г., №4434115.

<sup>206</sup> Из ответа ГУ «ПОПНД» от 18.11.09 г., №1-10/994: «На Ваше письмо №134 от 16.11.09 г. ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер» сообщает. 18.09.09 г. Президентом РК подписан Закон РК № 193-IV Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», где отражены и условия выдачи сведений о пациентах.

Статья 95. Врачебная тайна

1. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну.

4. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- 3) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;
- 4) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей;
- 5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний».

статус областного учреждения, имея 2 стационарных отделения - женское и мужское по 60 коек и диспансерное отделение. В 1992 г. открыто дополнительно психосоматическое отделение на 45 коек, детское - на 60 коек, 2-е мужское отделение - на 60 коек, увеличено женское отделение до 45 коек. В настоящее время диспансер располагает 2-мя зданиями – 4-этажное по пр.Каныша Сатпаева – 1984 года постройки, и по ул.Бурова 21/1-1970 года постройки.

- площадь палатных помещений: г. Астана – 2 555 кв.м., г. Костанай – 7 063,6 кв.м., г. Усть-Каменогорск – 1 595,4 кв.м.;

- площадь на одного больного: г. Астана – 7 кв.м., г. Костанай – 6 кв.м., г. Усть-Каменогорск – 4,38 кв.м. (в психотерапевтическом отделении – 3,5 кв.м.).

Количество суицидов – 2 завершенных, 1 попытка, 1 незавершенный: в г. Астана – 1 в 2009 г., в г. Усть-Каменогорск - 1 в 2006 г., в г. Костанай – 1 попытка в 2008 г., 1 незавершенный в 2009 г.

Количество побегов - 52: в г. Астана – 21 (2 в 2005 г., 10 в 2006 г., 5 в 2007 г., 4 в 2008 г.), в г. Усть-Каменогорск – 10 (по 1-му в 2005-2008 гг., 6 – в 2009 г.), в г. Костанай – 21 (по 7 в 2007-2009 гг.).

Нападений друг на друга - 208: в г. Астана – 160 (32 в 2005 г., 35 в 2006 г., 48 в 2007 г., 45 в 2008 г.), в г. Усть-Каменогорск – 48 в 2009 г.

Нападений на персонал (без причинения телесных повреждений и смертельных исходов - 317: в г. Астана - 160 (38 – 2005 г., 42 – 2006 г., 46 – 2007 г., 34 – 2008 г.); в г. Усть-Каменогорск – 157 (45 – 2006 г., 35 – 2007 г., 40 – 2008 г., 37 – 2009 г.).

ГУ «КОПБ» предоставило сведения в целом о количестве агрессивных действий пациентов, не разделяя по нападениям пациентов друг на друга от нападений на медицинский персонал – 82 (33 в 2007 г., 26 в 2008 г., 23 в 2009 г.).

Если суммировать количество нападений пациентов друг на друга и на персонал, то в целом в 3-х регионах имело место 607 агрессивных действий пациентов. При этом большая часть таких действий в г. Астана (320),<sup>207</sup> далее в г. Усть-Каменогорск (205), затем г. Костанай (82).

Укомплектованность кадрами в г. Астана на 80%, в г. Костанай – врачебными кадрами 58%, средним медперсоналом 77%, младшим медперсоналом 93%, прочим персоналом 76%; в г. Усть-Каменогорск – врачебными кадрами 68%, средним медперсоналом 88%.

Кроме того, МЦППЗ г. Астана сообщил, что ими подготовлены предложения о пересмотре штатных нормативов в плане уменьшения нагрузки на ставку врача-психиатра (действующий штатный норматив 30 больных на 1 ставку врача-психиатра острого отделения, 1 врач-психиатр на 50 больных дневного стационара). Имеет место текучесть кадров среди младшего медперсонала, связана с низкой оплатой труда.

Согласно штатного расписания в 3-х регионах 161 врач, из которых в 2 раза больше в г. Астана – 87 («на конец 2009 г. в МЦППЗ работали 56 врачей и 2 провизора. Число врачей-психиатров 37, из которых 2 в декретном отпуске, из них: 32 взрослых, 3 детских врача-психиатра, 1 подростковый врач-психиатр. Кроме того работает 5 врачей-психотерапевтов, из которых 1 в декретном отпуске»). Исходя из указанных сведений в МЦППЗ г. Астаны имеется 31 вакансия врачей.

В сравнении с другими двумя регионами из числа работающих в МЦППЗ г. Астана 56 врачей менее половины имеют категорию (48,22% или 27 человек имеют категорию: 9 - высшую, 13 – первую, 5 – вторую), из которых 37 врачей-психиатров (59,5% или 22 врача-психиатра имеет категорию: 9 – высшую, 11 – первую, 2 – вторую);

- в г. Костанай – 39 (из которых 71,8% или 28 врачей имеют категорию: 17 - с высшей категорией, 7 - с 1-ой категорией, 4 – со 2-ой категорией);

- в г. Усть-Каменогорск – 35 (52,25 ставки врача; 78% или 27 врачей имеют категорию, из которых: 13 - с высшей категорией, 12 - с 1-ой категорией, 2 - со 2-ой категорией).<sup>208</sup>

На веб-сайте ГУ «Павлодарский психоневрологический диспансер» размещена следующая информация о том, что «74% врачей имеют категории, из них более половины высшую и первую».

Согласно штатного расписания – медицинских сестер, из которых большее количество в г. Астана – 160,75 (однако работает 103 человека, из которых 60,19% или 62 человека имеют категорию: 30 человек - высшую, 21 – первую, 11 – вторую категорию), затем –

- в г. Костанай – 130 (из которых 66,9% или 87 человек имеют категорию: 52 - высшую, 24 - первую, 11 – вторую), и

- в г. Усть-Каменогорск – 87 (из которых 90% или 55 человек имеют категорию: высшую 30, первую - 19, вторую - 6).

О количестве медицинских братьев указано только в ответе ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» - 14 человек.

<sup>207</sup> С 2005 по 2008 гг.

<sup>208</sup> В данном случае возможны неточности относительно процента категоричности (за исключением г. Усть-Каменогорск, где в ответе психоневрологического диспансера сообщены данные сведения), поскольку указанные цифры относятся к ставкам согласно штатному расписанию, а работать может меньшее количество сотрудников (согласно расчету).

В г. Костанай и Усть-Каменогорск - по 1-му социальному работнику, в то время как в г. Астана таковых 8 человек.

Однако психологов в г. Костанай (14) и Усть-Каменогорск (12), в то время как в г. Астана – 8,25 (3 из которых в декретном отпуске).

Количество младшего медицинского персонала по штатному расписанию – 602,25: в г. Астана – 241,25; в г. Костанай – 213, в г. Усть-Каменогорск – 148. ГУ «КОПБ» дополнительно указало прочих работников – 98 человек.

Относительно условий для повышения уровня квалификации специалистов, получены ответы от ГУ «МЦППЗ г. Астаны» и ГУ «ВКОПД». Так в г. Астана за 9 месяцев 2009 г. 18 врачей психиатров прошли повышение квалификации в АО «КМА», АГИУВ г. Алматы, 26 среднего медперсонала – в мединституте «ЭМИЛИ»; в 2 раза меньше врачей и на 8 человек меньше медицинских сестер повысили свою квалификацию в г. Усть-Каменогорск за 2009 г.: 7 врачей и 18 медицинских сестер (на базе ГИУВ г. Алматы, СГМА г. Семей, медицинского колледжа г.Оскемен).

Между тем важным представляется сравнение общего числа врачей и среднего медперсонала 2-х городов. Если в г. Астана 56 врачей и 103 среднего медперсонала, то в г. Усть-Каменогорск – 35 и 87 соответственно. Таким образом, получается, что количество врачей и среднего медперсонала, повысивших свою квалификацию, МЦППЗ г. Астаны больше, чем в г. Усть-Каменогорск (32,14% в г. Астана от общего числа врачей и 20% в г. Усть-Каменогорск, 25,24% среднего медперсонала в г. Астана, в то время как в г. Усть-Каменогорск 20,69%).

На диспансерном учете состоит 13959 граждан, из которых большая часть в г. Усть-Каменогорск – 6474 (3780 мужчин, 2694 женщин, из них 1464 несовершеннолетних), в г. Астана 4651 (2433 мужчин, 2218 женщин, из них 771 несовершеннолетний), в г. Костанай 2834 (1881 мужчина, 953 женщины, из них 510 несовершеннолетних).

Из указанного числа граждан, состоящих на диспансерном учете, 821 ежемесячно проходят лечение в стационаре, из которых большая часть в г. Костанай – 371 (260 мужчин, 111 женщин, из них 66 несовершеннолетних), в г. Астана 210 (120 мужчин, 90 женщин, из них 36 несовершеннолетних), в г. Усть-Каменогорск 200 (68 мужчин, 52 женщины) и 40 детей.

Из них только в г. Астана в течение 2009 г. пролечено в стационаре 9 лиц, не имеющих гражданства РК, без документа, удостоверяющего личность – 8; в г. Костанай граждан РК – 368, иностранных граждан - 0 и без удостоверяющих личность документов - 3; в г. Усть-Каменогорск так же, как и в г. Костанай все пролеченные в 2009 г. – граждане РК, иностранцев - 0, без документов - 7 (удостоверения личности были восстановлены социальной службой).

На вопрос о том, способствует ли ГУ «МЦППЗ» документированию граждан и установлению их личности, ГУ «МЦППЗ г. Астаны» ответило, что «По каждому лицу, госпитализированному без документов, проводится работа с правоохранительными органами по установлению их личности. Социальными работниками центра проводится работа по документированию граждан».

#### **В 2009 г. в психиатрический стационар было помещено:**

- по согласию пациентов – 4683 без г. Костанай (2126 в г. Астана, 2557 в г. Усть-Каменогорск, ГУ «КОПБ» таких сведений не предоставила);

- в порядке недобровольной госпитализации - 238 в г. Астана; в г. Усть-Каменогорск - «среднее число недобровольной госпитализации 16 чел. ежемесячно, с обязательным извещением в городскую прокуратуру. На принудительном амбулаторном лечении находится 2 пациента, 22 направлены на стационарное лечение в специализированное отделение для принудительного лечения ПБ, п. Шульбинск, 2 пациента направлены в Республиканскую психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением в п. Актас Алматинской области. «КОПБ» таких сведений не предоставила.

«Все госпитализации в психиатрический стационар в 100% случаях осуществляются по направлению врача – психиатра, за исключением случаев направления на принудительное лечение (такие пациенты направляются по постановлению суда). При недобровольной госпитализации в течение первых суток лицо осматривается комиссией врачей-психиатров, которые выносят решение об обоснованности недобровольной госпитализации».<sup>209</sup>

#### **За последние 5 лет (2004-2009 гг.) в стационар было помещено:**

- по самостоятельному обращению больных – 3708 (507 в г. Астана, 2815 в г. Костанай, 386 в г. Усть-Каменогорск);

- по заявлению врачей (направлению участкового психиатра) – 21279 (9200 в г. Астана, 9965 в г. Костанай, 2114 в г. Усть-Каменогорск);

- по заявлению родственников (вызов скорой помощи) – (4587 в г. Астана, 3980 в г. Костанай, ВК ОНПД такие сведения не предоставлены);

- на основании решения суда о применении принудительных мер медицинского характера – 188 (26 в г. Астана, 70 в г. Костанай, 92 в г. Усть-Каменогорск).

<sup>209</sup> Из ответа МЦППЗ г. Астана.

В каждом из психиатрических учреждений 3-х регионов имеются больные, **находящиеся в стационаре по социальным показаниям** (кому некуда идти, кого никуда не принимают, от кого отказались родственники, у которых с родственниками конфликтные отношения и больной с ними не проживает). Больше число таких лиц в г. Костанай (67 чел.), затем в г. Астана (38 чел.), в г. Усть-Каменогорск (18 чел. на декабрь 2009 г.). Средняя длительность пребывания пациентов в г. Астана не указана, в г. Костанай – от года и более, в г. Усть-Каменогорск – от 6 месяцев до года.

**Выводы:**

- статистика обжалования решений о недобровольной госпитализации в психиатрические учреждения не ведется;
- уголовное законодательство РК не предусматривает термина «недобровольная госпитализация», тем самым не позволяя судам рассматривать такого рода дела в соответствии с толкованием данного понятия в Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- здания психиатрических учреждений 3-х регионов (без г. Павлодар) - конца 1960-х- начала 1980-х годов постройки;
- площадь палатных помещений в г. Костанай составляет 7 063, кв.м., что в 2,8 раза больше, чем в г. Астана и в 4,4 раза – в г. Усть-Каменогорск;
- несмотря на тот факт, что в г. Костанай площадь палатных помещений больше, чем в двух других регионах, площадь на одного больного в г. Астана больше, чем в гг. Костанай и Усть-Каменогорск;
- за период 2005-2009 гг. в 3-х регионах отмечено 4 случая суицида, из которых 2 завершённых, 1 попытка, 1 незавершённый (в г. Костанай оба случая незавершённых);
- за тот же период - 52 случая побега, из которых в гг. Астана и Костанай по 21, в г. Усть-Каменогорск – 10. В 2009 г. в МЦППЗ г. Астана побег пациентки имел результатом суицид;
- из 607 агрессивных действий пациентов (включающих нападения друг на друга и на медперсонал) большее число приходится на г. Астана (в 3,9 раз больше, чем в г. Костанай и в 1,6 раз – в г.Оскемен). При этом если в г. Астана число нападений пациентов друг на друга и на медперсонал одинаковое (по 160 случаев), то в г. Усть-Каменогорск нападений на мед.персонал в 3,3 раза больше, чем нападений друг на друга;
- в каждом из психиатрических учреждений 3-х регионов штат работников недоукомплектован на 12-24%;
- исходя из информации МЦППЗ г. Астана, можно сделать вывод, что штатные нормативы необходимо уменьшить в части нагрузки на ставку врача-психиатра (настоящий штатный норматив 30 больных на 1 ставку врача-психиатра острого отделения, 1 врач-психиатр на 50 больных дневного стационара). Имеет место текучесть кадров среди младшего медперсонала, связана с низкой оплатой труда;
- штатное расписание и число работающих врачей и другого медперсонала в 3-х регионах указано больше в г. Астана, меньше в г. Костанай, еще меньше в г. Усть-Каменогорск. Количество врачей устанавливается из расчета, исходящего из определенной должности на конкретное число (в тысячах, например, 100-150 тысяч) взрослого/ подросткового/ детского населения административной территории, а медсестер и младшего медперсонала устанавливаются, соответственно, должностям врачей или врачей-психиатров;
- большинство имеющих категорию врачей и среднего медперсонала в г. Усть-Каменогорск, затем в г. Павлодар, г. Костанай и далее в г. Астана;
- количество врачей и среднего медперсонала, повысивших свою квалификацию МЦППЗ г. Астаны больше, чем в г. Усть-Каменогорск (32,14% в г. Астана от общего числа врачей и 20% в г. Усть-Каменогорск, 25,24% среднего медперсонала в г. Астана, в то время как в г. Усть-Каменогорск - 20,69%);
- в 3-х регионах на диспансерном учете состоит 13959 – граждан, из которых большая часть в г. Усть-Каменогорск – 6474, что в 1,4 раза больше, чем в г. Астана и в 2,3 раза – в г. Костанай. Однако, несмотря на данное обстоятельство из указанного числа лиц 821 пациент проходит ежемесячно лечение в стационаре, из которых преимущественная часть в г. Костанай (371 чел.), что в 1,8 раз больше, чем в г. Астана и 1,9 раз – в г. Усть-Каменогорск. При этом в каждом из 3-х регионов мужчин/ мальчиков больше, чем женщин/ девочек;
- только в г. Астана наблюдается лечение иностранных граждан, в то время как в каждом из 3-х регионов – лиц без удостоверяющих личность документов. Кроме того, если психиатрические учреждения гг. Костанай и Усть-Каменогорск сообщили, что документы пациентов восстановлены социальной службой, то МЦППЗ г. Астана: «По каждому лицу, госпитализированному без документов, проводится работа с правоохранительными органами по установлению их личности. Социальными работниками центра проводится работа по документированию граждан»;
- в числе предоставленных ГУ «ВК ОПНД» письменных документов имеется форма таблицы «Определение индикаторов качества медицинской помощи по внутреннему аудиту», утверждаемая главным врачом. В п. 4 таблицы названием индикатора является «Число жалоб», формой ре-

гистрации информации - «Журнал для проведения экспертиз по качеству», расчетом индикатора - «Количество обоснований жалоб за отчетный период по отношению к аналогичному периоду за прошлый год», кратность анализа – 2 раза в год, оценкой показателя – «Тенденция к уменьшению». Соответственно, определенный анализ работы по жалобам пациентов ОПНД должен проводиться.

## Выводы

Проведенный мониторинг позволил сформулировать ряд выводов. При этом выводы Уполномоченного по правам человека в РК по итогам посещения в октябре 2006 г. Костанайской областной психиатрической больницы относительно условий содержания пациентов, актуальны и сегодня.

1. Действующее законодательство Республики Казахстан требует внесения изменений и дополнений, а также приведения его в соответствие с ратифицированными Республикой Казахстан международными договорами в области прав человека.

Национальный план действий в области прав человека не содержит предложений о решении проблемных вопросов, касающихся указанных выше прав применительно к лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), и в частности, права на личную свободу и неприкосновенность. Между тем Национальный план содержит описание важных проблем в реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также прав лиц с ограниченными возможностями (инвалидов): доступность и качество лекарственных средств, дефицит кадров, низкий уровень оплаты труда медицинских работников, недостаточное число психиатрических учреждений, отсутствие условий для профессиональной реабилитации и др.

2. Психиатрические учреждения не всех регионах открыты и готовы к сотрудничеству с неправительственными организациями в целях улучшения ситуации с правами человека. Отказ от интервьюирования, запрет производить фотосъемку помещений, информационных стендов, указание персоналу о запрете заполнять анкеты и отвечать на вопросы мониторов, запрет бесед с пациентами, а также ответ не по существу на официальный запрос свидетельствует о закрытости Павлодарского областного психоневрологического диспансера для общественности, что не способствует выполнению обязательств государства по созданию национального превентивного механизма и выполнению обязательств по Конвенции против пыток, в части общественного мониторинга всех закрытых учреждений.

3. Группа, проводившая мониторинг, отмечает недостаточно высокий уровень контроля (ведомственного, прокурорского, судебного, общественного) за соблюдением законодательства о соблюдении исследуемых прав человека в учреждениях, где проводился мониторинг.

О результатах анализа состояния работы психиатрических учреждений, отражаемых в годовых и ежеквартальных отчетах, не информируются местные органы власти, хотя Управления здравоохранения входят в систему подразделений акиматов. Психиатрические учреждения слабо взаимодействуют с общественными организациями за исключением г. Астана. Отсутствуют какие-либо советы с участием представителей гражданского общества за исключением г. Астана.

4. Психиатрические учреждения финансируются по остаточному принципу, что не может не влиять на условия пребывания в них пациентов, соблюдение других прав и свобод. Это по существу нарушает принципы равенства и доступности, на которых должна основываться государственная политика в области здравоохранения.

5. Права и свободы человека принадлежат каждому от рождения, признаются абсолютными и неотчуждаемыми, определяют содержание законов.<sup>210</sup> Психически больные лица имеют все права и свободы, принадлежащие каждому человеку. Исключения составляют недееспособные граждане, которые лишены права избирать и быть избранными.

Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» выделяет 4 категории прав: права граждан, права детей, права пациентов, права лиц, страдающих психическими расстройствами. Граждане, иностранцы и лица без гражданства, страдающие психическими расстройствами (поскольку психические заболевания отнесены к заболеваниям социально значимым и представляющим опасность для окружающих), имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

С введением Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»:

- закреплены такие права пациентов, как: выбор медицинского учреждения (однако, отсутствуют условия для реализации данного права в связи с тем, что психиатрическое учреждение в городе/ области только одно) и врача; быть информированным обо всем, что касается состояния своего здоровья, лечения и лекарственных средств, методах профилактики; заявлять ходатайство о привлечении независимых экспертов в случае несогласия с выводами государственной меди-

<sup>210</sup> Пункт 2 статьи 12 Конституции Республики Казахстан от 30.08.1995 г.

цинской экспертизы; при поступлении в медицинскую организацию пациенту должны быть представлены сведения об именах и о профессиональном статусе тех, кто будет оказывать ему медицинские услуги, а также о правилах внутреннего распорядка медицинской организации;

- обязанностью руководителя организации здравоохранения стало размещение Кодекса чести медицинских и фармацевтических работников РК в местах наглядной агитации;

- появилось понятие врачебной тайны, ее содержание и два исключения из правила о нераспространении сведений – с согласия и без согласия пациента (пять оснований);

- запрещено включение и использование в автоматизированных базах данных без разрешения пациента информации персонализированного характера, касающейся его частной жизни.

Вместе с тем в Кодекс не включены положения из ранее действовавшего Закона:

- часть прав лиц с психическими расстройствами исключена из Кодекса (например, на обращение по вопросу соблюдения прав к главному врачу и заведующему отделением, на встречу наедине со священнослужителем);

- запрет ограничения прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании наличия психического заболевания, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрической организации органов здравоохранения или психоневрологической организации органов социальной защиты населения или специального обучения;

- правило об информировании органов прокуратуры, а также обязательном уведомлении законного представителя в случае недобровольной госпитализации лиц, в том числе для проведения психиатрического освидетельствования;

- обязанность администрации и персонала лечебного учреждения предоставлять лицу, страдающему психическим расстройством, или его законному представителю текст Кодекса, адреса и телефоны государственных и общественных органов, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов; в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке оповещать его законного представителя или иное лицо по его указанию; информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним; обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач.

6. Ограничения, предусмотренные Кодексом, касаются:

- выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и работ, связанных с источником повышенной опасности, перечень работ устанавливается Правительством и пересматривается не реже одного раза в пять лет. Непригодность к ним признается по решению врачебной комиссии;

- смены пола;

- выбора лечения и препаратов, согласия или отказа от таковых при принудительной госпитализации;

- свободы и личной неприкосновенности;

- защиты прав пациента, помещенного в стационар добровольно, при отказе комиссии врачей-психиатров в выписке в случае установления оснований для госпитализации в недобровольном порядке;

- права на уважение человеческого достоинства, защиты от пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения при применении мер физического стеснения и изоляции в условиях отсутствия минимальных гарантий от злоупотреблений властью.

Иные законодательно установленные ограничения прав психически больных имеют место в сфере семейного права, имущественного права, трудового права, разрешительной системы.

7. Анализ выявленных в ходе мониторинга проблем показывает основу нарушений прав лиц, страдающих психическими расстройствами – дискриминацию. Дискриминация проявляется, начиная с условий содержания, заканчивая отношением государства, общества к лицам, страдающим психическими расстройствами. Примером установленной в п.9 ст.180 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» дискриминации психически больных является отсутствие запрета на проведение клинических исследований медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств на больных с психическими расстройствами.

8. Кодекс не регламентирует порядок реабилитации пациента и снятия его с диспансерного учета.

Кодекс не определяет момент окончания срока содержания пациента в принудительном порядке. Однако по своему желанию в нарушение Принципа 15 пациенты, госпитализированные как в добровольном, так и в принудительном порядке не могут свободно выходить из здания психиатрического учреждения. Опрос заведующих отделениями показал, что в действительности данный принцип не может соблюдаться, поскольку действующим национальным законодательством подобное правило не предусмотрено.

Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», как и УК РК, не содержат определения термина «недобровольная госпитализация», что не способствует единому пониманию и

применению понятий, и, не дает возможности судам рассматривать подобного рода дела в соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Процедура недобровольной госпитализации не соответствует международным стандартам, поскольку решение об этом принимается не судом в нарушение п.4 ст.9 МПГПП. Суд рассматривает лишь продление содержания пациента в порядке недобровольной госпитализации по истечении 6 месяцев с момента начала лечения.

Кодекс содержит четыре основания для недобровольной госпитализации (которые необходимо привести в соответствии с Принципами), дублируя в одном случае основания для применения принудительных мер медицинского характера. Сроки для пересмотра решений о необходимости применения принудительных мер медицинского характера являются необоснованно долгими. Лицо может быть помещено в медицинское учреждение по решению суда для производства судебно-психиатрической экспертизы. Комитет против пыток выразил обеспокоенность тем, что основания для решения о принудительном помещении подозреваемых и подсудимых на стадии досудебного расследования в медицинское учреждение для проведения психиатрической судебно-медицинской экспертизы «являются субъективными, и что в законодательстве не регламентируется максимальная продолжительность принудительного помещения в медицинское учреждение, а также отсутствуют гарантии права на получение информации и опротестования методов медицинского лечения или вмешательства».

9. Не определен компетентный независимый надзорный орган, который согласно Принципам выполняет следующие функции: утверждает курс лечения в целях обеспечения наилучших интересов здоровья пациента без его осознанного согласия; удостоверяется в том, что в данный момент пациент не в состоянии дать или не дать осознанное согласие на предлагаемый курс лечения (в том числе при применении психиатрии и других видов инвазивного и необратимого лечения психического заболевания); дает разрешение на проведение клинических опытов и экспериментальных методов лечения; рассматривает апелляции в отношении применения к пациенту любого лечения; с достаточной регулярностью проводит инспекции для обеспечения того, чтобы условия содержания пациентов, их лечения и ухода за ними соответствовали Принципам; рассматривает вопрос о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учреждении, помещенного в принудительном порядке, в максимально короткий срок, и пересматривает этот вопрос периодически, через разумные промежутки времени; пользуется помощью одного или нескольких квалифицированных и независимых специалистов, работающих в области психиатрии, и принимает к сведению их советы.

10. Штатное расписание и число работающих врачей и другого медперсонала в 3-х регионах указано больше в г. Астана, меньше в г. Костанай, еще меньше в г. Усть-Каменогорск. Количество врачей устанавливается из расчета определенной должности на конкретное число (в тысячах, например, 100-150 тысяч) взрослого/ подросткового/ детского населения административной территории, а медсестер и младшего медперсонала устанавливаются соответственно должностям врачей или врачей-психиатров.

Ощущается нехватка профессиональных кадров, в том числе врачей (в каждом из психиатрических учреждений 3-х регионов штат работников не доукомплектован на 12-24%); имеет место текучесть кадров среди младшего медперсонала, что связано с низкой оплатой труда. Штата психологов и социальных работников достаточно только в г. Костанай.

Большинство имеющих категорию врачей и среднего медперсонала отмечается в г. Усть-Каменогорск, затем в г. Павлодар, г. Костанай и далее в г. Астана; количество врачей и среднего медперсонала, повысивших свою квалификацию МЦППЗ г. Астаны больше, чем в г. Усть-Каменогорск. Низкий процент медработников, имеющих научную степень.

Большая часть опрошенных медработников - женщины (84,4%), в возрасте 40-50 лет, со средне-специальным и средним образованием, со стажем работы в здравоохранении и психиатрическом учреждении - свыше 10 лет за исключением младшего медперсонала и иных работников.

11. Научные исследования, проводимые в гг. Астана и Усть-Каменогорск, касаются только препаратов нового поколения, либо как в г. Астана - социо-культуральных особенностей психических расстройств, суицидальных тенденций у пациентов и населения.

12. Опрос медперсонала показал, что уровень знаний о нормативных правовых актах, которыми они должны руководствоваться, требует повышения, поскольку как о законах, так и подзаконных актах знает только часть опрошенных, в числе которых врачи. Так Конституцию назвали 9%, Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» - 11,4%, утративший силу Закон РК «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» - 8,3%, иные кодексы и законы упомянули 12,3%. 42,2% медперсонала не ответили на данный вопрос.

13. В стационар психиатрических больниц принимаются лица, как правило, зарегистрированные по месту жительства за исключением экстренной госпитализации независимо от этого условия. Только в г. Астана наблюдается лечение иностранных граждан.

В 3-х регионах на диспансерном учете состоит 13959 – граждан, из которых большая часть в г. Усть-Каменогорск – 6474, что в 1,4 раза больше, чем в г. Астана и в 2,3 раза – в г. Костанай. Из

указанного числа лиц 821 пациент проходит ежемесячно лечение в стационаре, из которых преимущественная часть в г. Костанай (371 чел.), что в 1,8 раз больше, чем в г. Астана и 1,9 раз – в г. Усть-Каменогорск. При этом в каждом из 3-х регионов мужчин/ мальчиков больше, чем женщин/ девочек.

Если в ПУ гг. Костанай и Усть-Каменогорск содержатся пациенты - подозреваемые, обвиняемые, подсудимые, осужденные, то в МЦППЗ г. Астана, как сообщил главный врач, больные с таким правовым статусом не содержатся. При этом в г. Костанай такие пациенты содержатся с другими, а в г. Усть-Каменогорск для осужденных - отдельная палата.

77,9% опрошенного медперсонала пояснили, что прием пациентов в стационар осуществляет врач, 36,3% - медсестра, 10,2% - санитар, а также главный врач, заведующий отделением, ваннщица и сестра хозяйка. При этом оформляются следующие документы: история болезни (47,8%), бланк информированного согласия (8,3%), направление (4,5%), статкарта (3,3%), и др. В документах, оформляемых при приеме пациента в стационар, согласно мнению опрошенного медперсонала указываются сведения о диагнозе (26,3%), личные данные больного (74,9%), согласие на госпитализацию (5,9%), причина госпитализации (4,5%), анамнез, назначенное лечение (по 4%) и т.д.

Большая часть опрошенных заведующих отделениями пояснила, что средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет 30 дней, согласно протоколу этот срок ограничивается 30-90 днями, но каждый случай индивидуален в зависимости от состояния пациента (алкогольный психоз, глубокое слабоумие, социальные показания, по программе DOTS на интенсивной терапии, затем переход на поддерживающую терапию и т.д.). Обобщая, можно утверждать, что срок содержания пациентов варьируется от 3-5 дней до 15 лет.

14. Психиатрические учреждения являются государственными, финансируются из местного бюджета. Здания ПУ построены в 1960-70-х годах. За исключением г. Костанай больницы находятся в черте города. По количеству корпусов самым большим является ПУ г. Астана (6), самым маленьким – в г. Усть-Каменогорск (2).

В каждом ПУ имеется острая необходимость проведения капитального ремонта зданий, помещений, отделений, коммуникационных сетей, оборудования площадок для прогулок пациентов.

#### **В целом, условия содержания пациентов унижают человеческое достоинство.**

Не в каждом психиатрическом учреждении в доступном для граждан месте имеются стенды с выдержками из Конституции РК, Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», телефонами доверия, графиками приема главными врачами посетителей, правилами внутреннего распорядка ПУ, схемой обращения пациентов по вопросам о нарушении их прав при медицинском обследовании.

15. Не соответствует требованиям приложения №8 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»: а) ни один приемный покой 3-х ПУ, поскольку нет всех предусмотренных указанным актом помещений (вестибюля, отдельной смотровой раздевальной, санпропускника в гг. Астана и Костанай и др.); б) ни одно отделение 3-х ПУ (за исключением отделения №2 г. Астана), так как отсутствуют палаты на 1 койку, и пациенты практически лишены права на уединение, учитывая переполненность некоторых отделений; в) ни одно детское (за исключением одной палаты в ПУ г. Усть-Каменогорск), женское (кроме 6-ти палат в г. Астана), потому что окна палат во всех 3-х регионах зарешечены, в то время как установка решеток допускается только в курительных туалетных комнатах, а также в отделениях, палатах для лечения наркологических больных; г) класс для занятий детского отделения ПУ г. Костанай в связи с отсутствием доски, в г. Астана под класс используется игровая комната в то время как это должен быть отдельно оборудованный класс; д) освещение в женских отделениях (за исключением ПУ г. Усть-Каменогорск и отделения №2 ПУ г. Костанай), поскольку в палатах отсутствуют лампы синего света для ночного освещения; е) не везде пациенты могут свободно пользоваться своими продуктами, так как отсутствуют стенные шкафы с ящиками на каждого пациента в столовых за исключением г. Костанай.

16. Количество отделений стационара в ПУ 3-х городов различное: в г. Астана - 7, в г. Костанай – 8, в г. Павлодар – 10, в г. Усть-Каменогорск – 5. В отличие от г. Костанай в гг. Астана, Павлодар и Усть-Каменогорск функционирует дневной стационар, в каждом учреждении – диспансеры. Количество койко-мест также различается и варьируется от 293 в г. Усть-Каменогорск до 550 в г. Павлодар.

Физическое размещение включает в себя пространство в палате, а также такие вопросы как доступ к источнику света и воздуху. В Правиле 18.2 и в п.30 11-го Общего доклада Комитета против пыток (СРТ/Inf (2001) 16) подчеркивается важность этих вопросов. Имеющиеся сведения Комитета против пыток указывают на то, что в качестве желательного размера камеры на одного заключенного рекомендуется 9-10 кв.м. Это должно являться и минимальным требованием для пациентов в психиатрических учреждениях.

Окна должны быть не перекрыты, в то время как в подавляющем большинстве палат больниц имеются решетки на окнах, отсутствует ночное освещение в палатах, потрескавшаяся краска на стенах, изношенный линолеум и постельные принадлежности, ветхая мебель, недостаточная площадь палатных помещений из расчета на 1 пациента (от 1,6 кв.м.), сырость, неприятный запах в мужских отделениях, отсутствие у пациентов возможности проветривать палаты самостоятельно, отсутствие тумбочек в женских палатах, половина лампочек в ПУ г. Астана нерабочие; пациенты испытывают неудобства, связанные с недостатком туалетов, душей и умывальников; на практике больные лишены условий уединения при отправлении физиологических потребностей, не могут регулярно принимать душ. В ПУ 3-х регионов в некоторых отделениях количество пациентов, находящихся на лечении, превышало установленное количество койко-мест (от 2 до 18 человек). Это свидетельствует о переполненности психиатрических больниц и приводит к несоблюдению минимальных норм.

В отделениях №2 и 3 г. Усть-Каменогорск отдельные помещения для столовых отсутствуют, и столы установлены в коридорах. В отделении №3 ПУ г. Астана столовая расположена в 5-7 метрах от санитарного узла для пациентов и со стороны коридора ничем не огорожена. Практически во всех столовых пациенты питаются в два, три «захода», т.к. помещения столовой не позволяют разместить одновременно всех пациентов.

17. Помимо помещения в стационар в принудительном порядке каждый пациент подвергнут риску содержания в наблюдательной палате (палате интенсивного наблюдения), при которой установлен постоянный пост наблюдения, и пациенты ограничены в передвижении по отделению. Соотношение количества пациентов, находящихся в наблюдательных палатах, и общего количества пациентов в отделении варьировалось в пределах каждый четвертый-десятый. В каждом отделении, за исключением психоневрологических отделений (неврозов) и детского отделения в г. Усть-Каменогорск, имеются наблюдательные палаты, которые рассчитаны на 6-19 пациентов, а также в г. Астана есть маленькая наблюдательная палата с вывеской «изолятор», рассчитанная на 3 пациентов, якобы неспособных самостоятельно за собой ухаживать. Однако при посещении одна пациентка была в возбужденном состоянии и пыталась выйти из изолятора, но ей было запрещено. Есть основание полагать, что в некоторых отделениях сохраняется практика, когда вновь поступившие пациенты, вне зависимости от тяжести своего состояния, помещаются в наблюдательные палаты.

18. Имеет место недостаточное обеспечение безопасности пациентов и медперсонала в каждом из 3-х психиатрических учреждений. Четкий учет агрессивных действий пациентов в отношении друг друга и к медперсоналу больницами не ведется, за исключением гг. Костанай и Астана, где эти сведения заносятся в журнал регистрации побегов и журнал чрезвычайных происшествий (фиксируются побег, случаи нападения пациентов друг на друга и на медперсонал), соответственно. При чем в г. Астана этим занимается постовая медсестра. Побег пациентов имели место в каждом из 3-х учреждений. Важность обеспечения физической безопасности людей не вызывает сомнений. С одной стороны, могут пострадать медработники, как например, из 21 случая побега в г. Костанай за 5 лет в 2003 г. в результате нападения пациента на заведующую отделением, последняя получила ЧМТ; с другой стороны – пациенты.

За период 2005-2009 гг. в 3-х регионах отмечено 4 случая суицида, из которых 2 завершённых, 1 попытка, 1 незавершённый (в г. Костанай оба случая незавершённых); за тот же период 52 случая побега, из которых в гг. Астана и Костанай по 21, в г. Усть-Каменогорск – 10. В 2009 г. в МЦППЗ г. Астана побег пациентки имел результатом суицид; из 607 агрессивных действий пациентов (включающих нападения друг на друга и на медперсонал) большее число приходится на г. Астана (в 3,9 раз больше, чем в г. Костанай и в 1,6 раз – в г.Оскемен). При этом если в г. Астана число нападений пациентов друг на друга и на медперсонал одинаковое (по 160 случаев), то в г. Усть-Каменогорск нападений на медперсонал в 3,3 раза больше, чем нападений друг на друга.

19. В каждом из 3-х психиатрических учреждений имеет место жестокое обращение (оскорбления, грубость, избиения, угрозы, запугивание, наказание, запрет смотреть в окно), что подтверждается результатами опроса заведующих отделениями, 70,6% медперсонала, 3,8% опрошенных пациентов стационара, 21,4% - диспансера, 7,7% родственников и знакомых, 5,8% адвокатов.

В качестве мер фиксации повсеместно за исключением отделений неврозов применяют так называемую мягкую фиксацию - широкими матерчатыми ремнями пациента привязывают к кроватки. Применение мер физического стеснения фиксируется в истории болезни пациента и в дневниковых наблюдениях среднего медперсонала.

20. Все государственные органы отметили отсутствие либо единичные обращения по вопросам недобровольной госпитализации, и жалоб на действия врачей и иного персонала больниц. Статистика относительно обращений лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), компетентными государственными органами и больницами не ведется.

Наблюдается отсутствие или весьма малое количество обращений граждан по вопросу о недобровольной госпитализации в Управления здравоохранения трех регионов. В то же время наличие ряда нарушений дает основание предполагать следующие возможные варианты:

- ситуация с недобровольной госпитализацией достаточно справедливая и соответствует закону;
- отсутствие обращений практически является сигналом для более тщательного мониторинга;
- пациенты не имеют информации/ не знают о возможности обжалования недобровольной госпитализации;
- пациенты по каким-либо причинам не верят в справедливое разрешение вопроса в случае обжалования;
- пациенты не ощущают себя здоровыми для самостоятельной инициативы по обжалованию;
- возможно, поступающие жалобы не регистрируются надлежащим образом;
- поступающие жалобы не подвергаются тщательной проверке и присутствует дискриминационный подход.

Предложений и рекомендаций по улучшению ситуации с социальной защитой психических больных не имеется ни в одном регионе. Это связано с непоступлением жалоб (прокуратура г. Астана и Костанайской области); с малым количеством обращений, что следует из ответов прокуратуры г. Усть-Каменогорск и Павлодарской области; с отсутствием жалоб в связи с уничтожением надзорных производств (прокуратура г. Астана, Павлодарской и Костанайской области); с нерасмотрением жалоб непосредственно прокуратурой, а направлением их в органы здравоохранения (как об этом сообщила прокуратура Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей).

Между тем «активность» в обжаловании недобровольной госпитализации и действий врачей и иного медперсонала наблюдается на востоке. Подобного рода жалобы с 2003 по 2009 гг. рассматривались судами Восточно-Казахстанской области: 10 жалоб по вопросу о недобровольной госпитализации и 2 жалобы на действия врачей и иного медперсонала психо-неврологического диспансера, однако остались либо без рассмотрения, либо без удовлетворения. Не исключается, что гражданам требовалась квалифицированная юридическая помощь.

Имеющаяся статистика относительно признания лица недееспособным или ограниченно дееспособным показывает тенденцию к увеличению подобного рода дел в 4,9 раза в 2005 г. в сравнении с 2003 г. и далее незначительное снижение (однако в сравнении с тем же 2003 г. рост в 3,6 раза). В большей части дел (13 255 или 97,4%) иски удовлетворены, граждане признаны ограниченно дееспособными или недееспособными. При этом наблюдается тенденция их роста (ежегодно признается таковыми от 468 до 2765 человек), что составляет около 0,09% граждан от общего количества проживающих в Казахстане 15 млн. населения. Минимум решений (0,5%) о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным обжалуется. По 0,09% от общего числа рассмотренных судами дел о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным вынесено решений об отмене постановлений судов первой инстанции.

Практическая безнаказанность виновных за незаконное помещение в психиатрический стационар влечет ответственность руководителей, допускающих бездействие в данном случае (напомним, что вместо уголовной ответственности, предусмотренной ст.127 «Незаконное помещение в психиатрический стационар» Уголовного кодекса РК, в гг. Астана и Костанай виновные понесли лишь дисциплинарное наказание без уточнения его вида в Костанайской области и замечание - в г. Астана).

Заслуживает внимания тот факт, что совместно с врачами действуют и другие лица, для которых помещение в психиатрический стационар является по каким-то причинам выгодным. В период мониторинга в г. Астана получена информация о том, что в 2008 г. прокуратурой столицы установлено нарушение прав лица, незаконно помещенного в психиатрический стационар. Это дело было связано с вероисповеданием лица. Однако дальше письменного ответа заявителю об этом дело не получило своего разрешения, несмотря на функцию прокуратуры по осуществлению надзора за соблюдением законности и защите конституционных прав граждан.

У пациентов отсутствует эффективный доступ к обжалованию действий/ бездействия медперсонала, в том числе по причине отсутствия ящиков для жалоб в отделениях и весьма редкой их проверке, недостаточного информирования медперсоналом о правах, недостаточного знания пациентами своих прав, отсутствия таких стенов в г. Усть-Каменогорск и нахождения в наблюдательной палате. Такое положение противоречит Принципу 12.

В числе предоставленных ГУ «ВК ОПНД» письменных документов имеется форма таблицы «Определение индикаторов качества медицинской помощи по внутреннему аудиту», утверждаемая главным врачом. В п.4 таблицы названием индикатора является «Число жалоб», формой регистрации информации - «Журнал для проведения экспертиз по качеству», расчетом индикатора - «Количество обоснований жалоб за отчетный период по отношению к аналогичному периоду за прошлый год», кратность анализа - 2 раза в год, оценкой показателя - «Тенденция к уменьшению». Соответственно, определенный анализ работы по жалобам пациентов ОПНД должен проводиться и в других учреждениях.

21. Многие медработники не осведомлены о правах пациента. Ни один не указал право пациента на уважение достоинства, неприкосновенность личности и свободу от пыток, жестокого обращения и наказания, и только один сообщил, что пациента информируют о праве на выбор адвоката.

В психиатрических учреждениях нет специальной отведенной комнаты для встреч с адвокатом. Это наряду с редким посещением адвокатами психиатрических учреждений (24% опрошенных адвокатов за все время своей практики посещали ПУ, из них услуги 11,6% оплачивались государством, 8% заключили соглашение с родственниками пациента ПУ, 3,5% адвокатов - по личному обращению клиента в г. Усть-Каменогорск), затрудненным доступом в ПУ, непредоставлением выписки из истории болезни и другими проблемами не способствует реализации права пациентов на получение квалифицированной юридической помощи.

Один из адвокатов отметил: «проблема заключается в отсутствии независимой организации, проводящей экспертизы. Судьи исходят из презумпции того, что заключения частных организаций не принимаются во внимание, несмотря на наличие лицензии. Достоверными признаются лишь заключения государственных организаций». Еще один адвокат из г. Усть-Каменогорск как проблему выделил запрет проносить аудио-, видеоаппаратуру, ручки, карандаши, что объясняется целями безопасности.

22. Пациенты ПУ в некоторых стационарах ограничены в контактах с внешним миром, не имеют доступа к периодическим изданиям, в 2-х отделениях ПУ г. Усть-Каменогорск - к телевидению, имеют место необоснованные ограничения на встречи с родственниками, знакомыми.

Свидания пациентов стационара с родными и знакомыми допустимы, как правило, по расписанию дня в большинстве случаев в присутствии медперсонала. Не во всех отделениях оборудованы специальные помещения для свиданий, а свидания для тех, кто в наблюдательной палате, невозможны.

За исключением г. Костанай письма пациентов отправляются за счет средств учреждения, и в большинстве случаев подвергаются цензуре в нарушение Принципа 13, пациенты не везде имеют свободный доступ к почтовым услугам, а телефоном в большинстве случаев могут пользоваться только с разрешения заведующего или врача. Отсутствуют условия для реализации права пользоваться телефоном, так как таксофонов нет ни в одном ПУ.

Ни в одном из стационаров не оборудовано помещение для осуществления религиозных обрядов, за исключением отделения №3 ПУ г. Павлодар. Если в 2006 г. комнаты для отправления религиозных обрядов имелись в Костанайской областной психиатрической больнице, как следует из отчета Уполномоченного по правам человека в РК, то в 2009-2010 гг. таковые отсутствовали, если не считать так называемые религиозные уголки.

23. Нормы диагностики и лечения устанавливает Министерство здравоохранения РК, закрепляя в протоколах и стандартах. Нетрадиционные методы диагностики и лечения, инсулинокоматозная и электро-судорожная терапии не применяются в 3-х ПУ. Вся психиатрическая помощь оказывается бесплатно, отдельных видов платных услуг нет, платных палат нет.

Пациент информируется о диагнозе, но не всегда, в зависимости от его состояния, либо по его просьбе. Пятая часть заведующих отделениями указали, что о диагнозе пациент не информируется вообще.

Большая часть пациентов не осведомлены о своем праве на выбор врача. Вместе с этим пациенты отметили право на получение информации о методах лечения и препаратах, которые им назначают, а также сообщили о том, что врач обсуждал вопрос о лечении. Это подтверждается ответами 1/3 части опрошенных медицинских работников. Но в целом такая картина указывает на нарушение Принципа 11: пациент дает согласие на лечение, для этого врач должен обсудить с ним возможные варианты лечения и выбрать оптимальный вариант, который будет «наилучшим образом отвечать интересам здоровья пациента».

Имеют место нарушения прав пациентов на доступность (недостаточно препаратов по бесплатному фонду, отсутствует выбор лекарств, а также специализированные аптеки), качество, эффективность и безопасность медикаментов (многие пациенты, как стационаров, так и диспансеров, отмечали побочные эффекты от принимаемых лекарств). Процедура государственных закупок не всегда работает эффективно: после распределения государственного заказа, в некоторых случаях, создаются трудности с закупкой необходимых больнице медикаментов, и в случае, если у поставщика нет необходимых препаратов, больница уже не может обратиться к другим поставщикам, и вынуждена приобретать заменяющие препараты для пациентов.

24. Лечение не ограничивается медикаментозными средствами, а предполагает полноценное возвращение пациента в общество, но в большинстве больниц этот компонент лечения практически полностью отсутствовал. На вопрос об имеющихся реабилитационных программах главные врачи сообщили только о психосоциальной реабилитации. Общей проблемой для стационаров является отсутствие спортзалов (за исключением г. Астана), спортплощадок, спортивного инвентаря.

Предупреждение суицидов входит в сферу психиатрии, но только в г. Астана функционирует кабинет суицидологии.

25. В подавляющем большинстве случаев больницы не обеспечивают пациентов какой-либо одеждой, в том числе теплой в холодное время года, необходимыми туалетными принадлежностями (за исключением мыла) и гигиеническими средствами. В сложном положении находятся одинокие и малоимущие пациенты, которые не могут рассчитывать на помощь извне. В некоторых отделениях медицинский персонал вынужден предоставлять пациентам, зубные щетки, которые оставили выписавшиеся больные: «щётки обрабатываются и выдаются пациенту». Только в одном отделении ПУ г. Астана заведующая сообщила, что обеспечивают пациентов полным пакетом гигиенических средств.

26. Комнаты для отдыха оборудованы не во всех стационарах, во всех ПУ отсутствует график посещения таких комнат. Нередко комнатой для отдыха называют помещение, которое совмещает кабинет для занятий трудотерапией, библиотеку, молельные комнаты. Выглядят они убого.

27. В качестве трудотерапии без заключения трудовых договоров медперсонал применяет различные формы работа. Нередко с целью прогулки пациенты, как в г. Астана, вынуждены соглашаться на различные виды работ: доставка пищи в отделение из пищеблока, уборка и благоустройство помещений и территории ПУ, ремонт стульев, столов. Основными причинами массового непривлечения к работе являются: состояние здоровья пациентов, не назначение трудотерапии, запрет врачей, нежелание пациентов трудиться, отсутствие лечебно-трудовых мастерских, строительство таковой в г. Костанай не предусмотрено. В г. Астана с 2006 г. строительство ЛТМ начато – поставлен фундамент, но не окончено, а в г. Усть-Каменогорск в ЛТМ на 10 швейных машинах 1985 г. работает 25 пациентов (из которых 3 недееспособные), но за свой труд они не получают какого-либо вознаграждения.

28. В гг. Костанай и Усть-Каменогорск инвалидов с психическими расстройствами (заболеваниями) мужского пола больше, чем женского (в том числе детей). Большая часть лиц, имеющих инвалидность, представлена инвалидами 2 группы, далее 3 группы, затем 1 группы. Из 3-х регионов больше всего инвалидов с психическими расстройствами в Павлодарской области (10 161), далее в Костанайской области (1 298), затем в ВКО (1 139). Число детей-инвалидов составляет 1050, 511 и 273 соответственно. Число детей по отношению к количеству взрослых инвалидов с психическими расстройствами следующее: Костанайская область (39,37%), ВКО (23,97%), Павлодарская область (10,33%).

Количество социальных работников, согласно штатному расписанию психиатрических учреждений, недостаточно для оказания необходимой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями).

Часть пациентов не имеют доступа к социальному обеспечению, получению жилья.

По сообщениям главных врачей, больницы помогают пациентам в оформлении удостоверяющих личность документов, но не всегда результативно. В отсутствие документов отдельные пациенты в гг. Астана и Павлодар не имеют доступа к социальному обеспечению. Именно с этим выводом не согласился главный врач в г. Павлодар, что привело к запрету посещать больницу.

Отдельные пациенты, содержащиеся в стационарах, не имеют ни родных, ни жилья, и, поскольку эти лица страдают серьезными заболеваниями, их не принимают в специализированные учреждения (для психохроников, тубдиспансер, дома престарелых, дома инвалидов и т.д., либо в эти учреждения имеется очередь, которую приходится ожидать от 6 месяцев до года), в связи с чем они вынуждены длительное время пребывать в больнице. Такие пациенты называются оказавшимися в трудной жизненной ситуации согласно Закону РК «О специальных социальных услугах» и, как выражаются врачи – «по социальным показаниям» остаются в больнице. К примеру, таких пациентов только в г. Астана 38.

В то же время больницы в гг. Астана и Костанай не оказывают помощь пациентам в постановке в очередь за получением жилья из государственного жилищного фонда, в то время как ГУ «ВК ОПНД» - помогает в этом: «выдается заключение, с которым сам больной или его родственники обращаются в жилищную комиссию».

## Рекомендации

Результаты мониторинга позволяют сформулировать ряд рекомендаций:

### 1. Законодательного характера:

- ратифицировать Конвенцию о правах инвалидов от 13.12.2006 г.;
- привести национальное законодательство о правах лиц, страдающих психическими расстройствами в соответствии с Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (17.12.1991 г.), Сводом принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме;
  - исключить из Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» нормы дискриминационного характера, противоречащие Конституции РК и Международному пакту о гражданских и политических правах, в частности п.9 ст.180;
  - внести изменения в Кодекс в части перечня прав, гарантированных Конституцией и Пактами о правах человека, по запрету ограничения прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании наличия психического заболевания, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрической организации органов здравоохранения или психоневрологической организации органов социальной защиты населения или специального обучения; установления правила информирования органов прокуратуры, а также обязательного уведомления законного представителя в случае недобровольной госпитализации лиц, в том числе для проведения психиатрического освидетельствования; установления обязанности администрации и персонала лечебного учреждения предоставлять лицу, страдающему психическим расстройством, или его законному представителю текст Кодекса, адреса и телефоны государственных и общественных органов, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов; установления правила, что в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке необходимо оповещать его законного представителя или иное лицо по его указанию; по обязательному информированию родственников или законного представителя пациента, а также иного лица по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним; по обеспечению безопасности находящихся в стационаре пациентов, контролю содержания посылок и передач; законодательно закрепить минимальные гарантии от злоупотреблений властью;
  - закрепить в Кодексе требование о необходимости принудительной госпитализации только на основании решения суда и исключить случаи экстренной госпитализации на основании решения одного врача-психиатра, тем самым привести процедуру недобровольной госпитализации в соответствии с п.4 ст.9 МПГПП;
  - законодательно установить момент, когда принудительное лечение заканчивается, и лицо содержится в стационаре по своей воле;
  - пересмотреть сроки продления содержания в больнице в принудительном порядке;
  - установить сроки максимального пребывания в медицинском учреждении для проведения психиатрической судебно-медицинской экспертизы;
  - закрепить гарантии права на получение информации и опротестования методов медицинского лечения или вмешательства;
  - включить порядок реабилитации и снятия с диспансерного учета;
  - ввести в Кодекс четкий перечень критериев для помещения пациента в наблюдательную палату. Тем самым, обеспечить реализацию требования ст.39 Конституции РК о необходимости содержания ограничений прав человека только в законах;
  - законодательно закрепить предоставление пациенту выписки и по требованию - истории болезни;
  - определить компетентный независимый надзорный орган, который согласно Принципам выполняет следующие функции: утверждает курс лечения в целях обеспечения наилучших интересов здоровья пациента без его осознанного согласия; удостоверяется в том, что в данный момент пациент не в состоянии дать или не дать осознанное согласие на предлагаемый курс лечения (в том числе при применении психиатрии и других видов инвазивного и необратимого лечения психического заболевания); дает разрешение на проведение клинических опытов и экспериментальных методов лечения; рассматривает апелляции в отношении применения к пациенту любого лечения; с достаточной регулярностью проводит инспекции для обеспечения того, чтобы условия содержания пациентов, их лечения и ухода за ними соответствовали Принципам; рассматривает вопрос о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учреждении, помещенного в принудительном порядке, в максимально короткий срок, и пересматривает этот вопрос периодически, через разумные промежутки времени; пользуется помощью одного или нескольких квали-

фицированных и независимых специалистов, работающих в области психиатрии, и принимает к сведению их советы;

- для единого понимания и применения медицинскими, судебными и правоохранительными органами, необходимо дать определение термина «недобровольная госпитализация» или исключить это понятие, заменив прилагательным «принудительная»;
- привести УК РК и Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» в соответствие между собой в части оснований для оказания медицинской помощи и лечения без согласия лица;
- разработать стандарт осуществления социальной работы в здравоохранении, в частности в психиатрических учреждениях;
- обеспечить регулирование доступа в психиатрическое учреждение таким же образом, как и доступа в любое другое лечебное учреждение при любом другом заболевании;
- внести изменения в Уголовно-процессуальный кодекс для обеспечения того, чтобы принудительное помещение подозреваемых и подсудимых на стадии предварительного расследования в медицинские учреждения для проведения психиатрической судебно-медицинской экспертизы применялось на основании решения суда и объективных критериев. Обеспечить, чтобы продолжительность такого помещения ограничивалась законом, и чтобы подозреваемые и подсудимые имели право на получение информации и опротестование методов медицинского лечения или вмешательства;<sup>211</sup>
- привести в соответствии с Кодексом Инструкцию о порядке неотложной госпитализации психически больных, утвержденную приказом Комздрава МОКиЗ РК № 269, принятую 12 лет назад - 13.05.1998 г.;
- как можно скорее создать или назначить национальный превентивный механизм в целях предотвращения пыток и жестокого обращения и принять все необходимые меры к обеспечению его независимого характера в соответствии с положениями Факультативного протокола к Конвенции против пыток, Декларации о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы;
- законодательно закрепить беспрепятственное посещение психиатрических учреждений по собственной инициативе членами общественных организаций, как это было установлено ранее действовавшим Законом.

## 2. Практического характера:

- регулярно информировать местные исполнительные органы о состоянии работы психиатрических учреждений;
- повысить эффективность бюджетного планирования, обеспечить бюджет больниц в достаточном объеме (для капитального ремонта зданий, помещений, палат, систем водоснабжения, канализации, подъездных путей, площадок для прогулок, благоустройства территории, открытия необходимых помещений, таких, как комнаты свиданий, религиозных обрядов, отдыха, классов для детей, библиотеки, получения периодических изданий, закуп теле-, видеоаппаратуры);
- выделить обязательную квоту для трудоустройства лиц с психическими расстройствами;
- повысить размер заработной платы медперсонала психиатрических учреждений;
- выделить средства для строительства лечебно-трудовых мастерских для обеспечения одного из завершающих этапов лечения и реабилитации больных;
- выделить средства для строительства общежитий для проживания пациентов по социальным показаниям (одиноким, без жилья);
- обеспечить четкую реализацию Закона РК «О специальных социальных услугах», предоставляя необходимые и должные жизненно важные услуги пациентам психиатрических учреждений;
- открыть специализированные аптеки с широким выбором медицинских препаратов для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- уменьшить штатные нормативы в части нагрузки на ставку врача-психиатра (настоящий штатный норматив 30 больных на 1 ставку врача-психиатра острого отделения, 1 врач-психиатр на 50 больных дневного стационара);
- увеличить штатную численность психологов, социальных работников и юристов;
- обеспечить безопасность пациентов и медперсонала;
- обязать психиатрические учреждения иметь четкие планы и обеспечивать регулярное повышение квалификации медперсонала больниц;
- оснастить материально-техническую базу больниц;
- обеспечить реализацию права пациентов на выбор медицинского учреждения, открыв кабинеты психиатра во всех лечебных учреждениях;
- устранить решетки на окнах;

<sup>211</sup> Заключительные замечания Комитета ООН против пыток (CAT/C/SR.858).

- установить таксофоны в доступных для пациентов местах и осуществлять их проверку ежедневно;
- принять срочные меры по борьбе со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией;
- повысить эффективность и доступность процедуры обжалования для пациентов психиатрических учреждений;
- привести в соответствие с приложением №8 к Приказу Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК от 13.05.1998 г. № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи» все помещения психиатрических учреждений;
- обеспечить широкое информирование обо всех правилах и инструкциях в отношении содержания в учреждении закрытого типа и гарантировать, что каждое лицо может осуществить право на доступ к адвокату, независимому врачу и родственнику и другим правовым гарантиям, чтобы обеспечить эффективную защиту от пыток с момента принудительного доставления в психиатрическое учреждение и в период пребывания в нем;
- в каждом отделении и в фойе психиатрических учреждений оформить информационные стенды с выдержками из Конституции, Кодекса, Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, о правах граждан, пациентов и лиц с психическими расстройствами;
- каждому пациенту при помещении в стационар выдавать памятку о его правах с учетом изменений национального законодательства, содержащую положения международных документов по правам человека, и в частности Принципов защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи;
- заключить меморандумы/ соглашения с коллегией адвокатов для оказания правовой помощи пациентам, причем третьей стороной может выступить, к примеру, Департамент финансов/ казначейство для реального обеспечения конституционного права каждого на получение квалифицированной юридической помощи;
- оборудовать комнаты религиозных обрядов, комнаты отдыха для пациентов, классы для детей с необходимым оборудованием, комнаты свиданий, обеспечив при этом конфиденциальность;
- осуществлять надлежащий контроль за реализацией прав пациентов на получение информации о диагнозе, состоянии здоровья, прогулки, свободу и личную неприкосновенность, уважение человеческого достоинства и запрет пыток, доступ к адвокату и священнослужителю;
- образовать общественные советы с участием представителей общественных организаций, политических партий, религиозных конфессий;
- проводить на постоянной основе образовательные мероприятия по повышению уровня юридической грамотности сотрудников психиатрических учреждений;
- обеспечить четкое следование медперсоналом требованиям действующего законодательства Республики Казахстан и Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи;
- способствовать проведению научных исследований необходимых для обеспечения наилучших интересов пациента;
- обеспечить исполнение Кодекса в части запрета курения в общественных местах и медицинских организациях;
- принять меры к размещению, содержанию и питанию пациентов в условиях, обеспечивающих право каждого на уважение человеческого достоинства (в том числе в связи с переполненностью больниц);
- вести строгий учет агрессивных действий пациентов, побегов, жестокого обращения и пыток, суицидов;
- открыть кабинеты суицидологии;
- обеспечить одеждой, туалетными принадлежностями нуждающихся одиноких и малоимущих пациентов;
- установить ящики для жалоб в доступных для пациентов местах;
- ввести в статистические формы отчетности сведения о недобровольной госпитализации и количестве жалоб на действия/ бездействие врачей и иного персонала психиатрических учреждений;
- обеспечить надлежащий уровень проверки таких жалоб, соблюдая принцип быстроты, эффективности, независимости и беспристрастности;
- проводить постоянный мониторинг психиатрических учреждений;
- принять установленные законом меры к лицам, допускающим незаконное помещение в психиатрическое учреждение;

- обеспечить документирование пациентов стационара, осуществлять контроль за получением ими социальных пособий, пенсий;
- обеспечить эффективное взаимодействие компетентных органов, ответственных за социальное обеспечение пациентов жилищем, пособиями, необходимыми одеждой, туалетными и гигиеническими принадлежностями.

## Conclusions

The monitoring conducted allowed making several findings. At that, the findings of the Human Rights Commissioner in the Republic of Kazakhstan by the results of his visiting in October 2006 Kostanay Regional Mental Hospital with regard to the conditions of upkeep of patients remain actual so far.

1. The existing legislation of the Republic of Kazakhstan needs to be amended and supplemented and adjusted in accordance with the international documents in the area of human rights ratified by the Republic of Kazakhstan.

The National Plan of actions in the area of human rights includes no proposals about tackling the problems related to the above-mentioned rights with reference to people suffering from mental disorders (diseases), particularly the right to personal liberty and security of person. At the same time, the National Plan includes the description of crucial problems related to exercising of the right to health protection and medical aid as well as the rights of handicapped persons (invalids) such as availability and quality of medicines, shortage of personnel, low level of wages of medical personnel, insufficient number of psychiatric facilities, lack of conditions for professional rehabilitation, etc.

2. The psychiatric facilities are not everywhere open and ready for joint work with non-governmental organizations for the purpose of improving the situation with human rights. Refusal to being interviewed, prohibition to take photos of premises and information boards, instructions to personnel prohibiting them from filling in questionnaires or answering monitors' questions, prohibition of talking to patients, and off the point response to the official inquiry are evidence of the closed nature of Pavlodar Regional Psycho-Neurological Dispensary against the community which is not conducive to performance of the governmental obligations to establish the national preventive mechanism and meet commitments in accordance with the Convention Against Torture in the part of public monitoring of all boarding facilities.

3. The Group which has carried out the monitoring pointed out to the insufficient level of control (departmental, judicial, public or public prosecutor's one) over the compliance with the legislation about observance of human rights under consideration in those monitored facilities.

The results of analysis of the work of psychiatric facilities reflected in yearly and quarterly report are not communicated to the local authorities although the Public Health Administrations are included in the organizational structure of Mayor's offices. The psychiatric facilities have insufficient coordination with public organizations, except for Astana city. There are no councils involving participation of civil society representatives, except for Astana city.

4. The psychiatric facilities are underfinanced which fact has direct effect upon the conditions of upkeep of patients there as well as observance of other rights and freedoms. Essentially, this is the breach of the principle of equality and availability upon which the governmental policy in the area of public health must rest.

5. The human rights and freedoms belong to everybody from birth and are declared as absolute and inalienable and determine the substance of the laws.<sup>212</sup> Mentally diseased persons have the same rights and freedoms as anybody does. An exception here may be incapable people who are deprived of the right to elect and be eligible.

The Code of the Republic of Kazakhstan "About the Health of People and Public Health Care System" provides for 4 categories of rights: rights of citizens, rights of children, rights of patients, rights of persons suffering from mental disorders. The citizens, foreigners and stateless persons suffering from mental disorders (since mental diseases are attributed to socially significant diseases which are dangerous for community) have the right to receive the guaranteed range of free of charge medical aid.

The introduction of the Code of the Republic of Kazakhstan "About the Health of People and Public Health Care System" will provide for:

- securing of such rights of patients as the choice of medical facility (however, there are no conditions for exercising that right in view of the fact that there is only one psychiatric facility in a city or a region) and of doctor; the right to be informed about everything as regards the condition of patient's own health, medical treatment and medicines, and preventive measure; the right to submit petition about involvement of independent experts in case of disagreement with findings of the governmental physical examination; when being admitted to a medical institution a patient shall be given the information about the

<sup>212</sup> Paragraph 2 of Article 12 of the Constitution of the Republic of Kazakhstan dated 30 August 1995.

names and professional status of those who are going to render medical assistance to such patient and about the internal regulations of the medical institution;

- the responsibility was imposed on the heads of health care organizations to place the Code of Honor of medical and pharmaceutical personnel of the Republic of Kazakhstan as visual media;
- there was introduced the concept of medical secrecy and its contents and two exceptions from the rule of non-disclosure of information: with and without approval by the patient (five grounds);
- any inclusion or use in computer aided databases of any patient-specific information relating to private life of patient without his approval was banned.

At the same time, some provisions of the previously effective Law were not included in the Code, namely:

- a part of rights of persons suffering from mental disorders was excluded from the Code (e.g. the right to consult the head doctor and chief of department on the issues of observance of the rights, to have a tête-à-tête meeting with a priest);

- prohibition of restriction of rights and freedoms of persons suffering from mental disorders solely on the grounds of presence of a mental disease, or facts of being under regular medical check-ups in a psychiatric institution of the public health care authorities or in a psychiatric-neurological institution of the public social welfare authorities, or receiving special needs education;

- the rule about informing the Office Of Public Prosecutor as well as about compulsory informing of legal representative in case of involuntary hospitalization of persons including for the purpose of conducting the psychiatric examination;

- the responsibility of the administration and the staff of a medical institution to provide for a person suffering from mental disorder, or the legal representative thereof, the text of the Code, contact details and phone numbers of the governmental and public authorities, organizations and officials to be addressed in case of any violation of the patient's rights; within 24 hours from the time of involuntary admission of a patient to the psychiatric hospital to inform the legal representative of the patient or any other person as may be instructed by the patient; to inform relatives or the legal representative of the patient, or any other person as may be instructed by the patient, about any change in the state of patient's health and any extraordinary incidents related to the patient; to ensure the safety of patients in the hospital, to check the contents of parcels and packages.

6. Restrictions provided for by the Code concern the following:

- performance of specific vocational activities and works related to sources of increased danger where the list of such works shall be established by the Government and revised at least every five years. Unfitness for such works shall be declared by decision of medical commission;

- gender reassignment;

- choice of medical treatment and medicines, approval or rejection of those at involuntary hospitalization;

- freedom and security of person;

- protection of rights of a patient voluntarily admitted to the hospital in case of refusal by the psychiatrists commission to discharge the patient from the hospital subject to establishment of the grounds for involuntary hospitalization;

- rights to respect the human dignity, protection from tortures and other cruel, inhuman, or degrading treatment when applying the measures of physical restraint and isolation under conditions of lack of minimum guarantees against abuse of power.

Other legislative restrictions imposed of the rights of people suffering from mental diseases exist in the area of family law, property law, labor law and licensing system.

7. The analysis of problems identified in the course of monitoring demonstrates the basis of violation of rights of persons suffering from mental disorders: the discrimination. The discrimination becomes apparent starting from the conditions of upkeep and ending in the attitude of the state and the public to people suffering from mental disorders. An example of discrimination of mentally ill persons, as established in part 9 of Article 180 of the Code of the Republic of Kazakhstan "About the Health of People and Public Health Care System", is the lack of prohibition of conducting clinical testing of medical technologies, pharmaceutical substances and medicines using mentally ill persons.

8. The Code does not establish any procedure of patient's rehabilitation and removal from the dispensary register.

The Code does not establish the time point of expiration of the period of involuntary upkeep of patient. However, in breach of Principle 15, the patients hospitalized on both voluntary and involuntary basis are not allowed to freely leave the premises of the psychiatric facility. Questioning of chiefs of departments showed that the above-mentioned principle cannot not be observed in fact since the existing national legislation does not provide for that rule.

Both the Code "About the Health of People and Public Health Care System" and the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan include no definition of the term "involuntary hospitalization" which is not conducive to uniform interpretation and application of the terms and gives to courts no opportunity to

consider such cases in accordance with the Code of the Republic of Kazakhstan “About the Health of People and Public Health Care System”.

The involuntary hospitalization procedure is not adjusted with the international standards since the respective decision is not made by court in conflict with paragraph 4 of Article 9 of the Covenant on Civil and Political Rights. The court considers only the matter of prolongation of upkeep of patient in accordance with the involuntary hospitalization procedure after the expiry of 6 months period from the beginning of medical treatment.

The Code provides for four bases for compulsory hospitalization (that are to comply with the Principles), which in one case duplicate the bases for applying compulsory medical treatment. The term of review of judgment on the need to apply medical treatment is unreasonably too long. Upon court decision an individual may be subjected to psychiatric examination. The Commission on Torture expressed concern that decisions on forced detention of suspects and defendants during the pre-trial phase for psychiatric examination are “subjective”, and that the law does not state the maximum duration of confinement in medical institution, and also no guarantee of the right exists to receive information and challenge methods of medical treatment or intervention.

9. No competent, independent surveillance body is available, which, under the Principles, shall perform the following: approve a course of treatment in order to ensure the best interests of patient without his informed consent; certify that at any particular time a patient is unable to give or does not give informed consent to the proposed course of treatment (including the use of psychosurgery and other intrusive and irreversible treatments for mental illness); give permission to conduct clinical trials and experimental treatments; hear appeals regarding the application of any treatment to a patient; conduct regularly inspections to ensure that conditions of patients, their treatment and care conform to the Principles; consider the issue of hospitalization or treatment of a patient in a psychiatric institution, placed in a forced manner, as soon as possible, and review periodically this issue matter, at reasonable intervals; hire one or more qualified and independent professionals in psychiatry, and take note of their advice.

10. Staff list and the number of employed physicians and other medical staff in 3 regions is indicated more in Astana, less in Kostanay, still less in Oskemen. The number of doctors is determined in proportion to a specific number (in thousands, e.g. per 100-150 thousand) of adult /adolescent/child age groups on administrative territory, and of nurses and junior medical staff is established in proportion to the number of doctors or psychiatrists, respectively.

There is a shortage of professionals, including doctors (in each of psychiatric institutions in all 3 regions the number of employees is understaffed by 12-24%); high turnover of the junior staff is suffered due to the low wages. The number of psychologists and social workers is sufficient only in Kostanay.

Qualified medical and medium nursing staff is mostly in Oskemen, then in Pavlodar, Kostanay and then in Astana, the number of doctors and nurses, who improved their qualifications, is more Astana than in Oskemen. Low percentage of medical staff having academic degree is witnessed.

Women represent the larger part of the interviewed health workers – 84,4%, aged 40-50, with vocational and secondary education, with experience in health care and mental health facility of over 10 years, with the exception of junior medical staff and other employees.

11. Scientific research conducted in Astana and Oskemen apply only to a new generation of drugs, or as in Astana - to the social and cultural characteristics of mental disorders, suicidal tendencies among patients and populations.

12. A survey of nurses showed that the level of knowledge of normative legal acts, by which they should be guided, needs to be improved, because only part of the respondents, including doctors, knows both the laws and regulations. For example, the Constitution was mentioned by 9% of respondents, the Code of the Republic of Kazakhstan On People's Health and Health Care System – 11,4%, invalid Act On psychiatric care and the rights of citizens under such care – 8,3%, other Codes and Laws referred to - 12,3%. 42,2% of nurses did not answer the question.

13. Psychiatric hospitals provide services, as a rule, to individuals registered at the place of residence, the only exception is emergency cases, regardless of this condition. Treatment of foreign nationals is available only in Astana.

In the 3 regions in the register of dispensaries there are 13959 citizens, with the larger share being in Oskemen – 6474 individuals, which is 1,4 times more than in Astana and 2,3 times more than in Kostanai. Of that number, 821 persons have monthly treatment in hospitals, of which the predominant part is in Kostanai (371 people). That is 1,8 times more than in Astana and 1,9 times more than in Oskemen. At the same time in each of the 3 regions the number of men/boys is larger than more than of women/girls.

Patients held in penitentiaries of Kostanay and Oskemen are suspects, defendants, accused, sentenced, while in the medical institution of Astana, according to chief physician, no patients with such legal status are available. In addition, in Kostanai such patients are mingled with other imprisoned, and in Oskemen prisoners are detained in separate cells.

77,9% of the medical staff explained that detainees are taken for in-hospital treatment by a doctor, 36,3% - by a nurse, 10,2% - by junior medical staff, and also chief physicians, head of departments, and

bathroom attendant. The following documents are drawn-up: medical history (47.8%), the form of informed consent (8.3%), the direction (4,5%), statistical card (3,3%), etc. Documents, drawn up on the patient's admission to hospital, according to the interviewed medical personnel shall provide information about the diagnosis (26.3%), personal data of patients (74.9%), consent to hospitalization (5.9%), the cause of hospitalization (4, 5%), medical history, prescribed treatment (4%), etc.

Most of the interviewed department heads explained that the average length of hospital stay was 30 days, according to the protocol, this term is limited to 30-90 days, but each case is individual depending on the condition of the patient (alcoholic psychosis, profound dementia, social statement, DOTS intensive care, then switch to supportive therapy, etc.). Summarizing, it can be argued that the term of stay in hospital ranges from 3-5 days to 15 years.

14. Psychiatric institutions are owned by the state and funded from local budgets. Buildings were constructed in 1960-s, 70-s. Exception is Kostanai hospitals located in the city. By number of facilities the largest is the penitentiary institution in Astana (6), the smallest - in Oskemen (2).

Each penitentiary institution is in urgent need of major repair of buildings, premises, offices, communications networks, sites for patients to walk. **In general, the conditions are humiliating for human beings.**

Not every psychiatric institution has accessible for citizens stands with excerpts from the Constitution of the Republic of Kazakhstan, the Code on People's Health and Health Care System, the helpline, a schedule of reception by senior medical staff, internal regulations, a scheme for patients to appeal on violation of their rights during medical examination.

15. No compliance with Appendix 8 of the Order of the Committee of Health Ministry of Education, Culture and Health of the Republic of Kazakhstan dated May 13, 1998 No. 269 On measures for further improving the organization of psychiatric care is observed by: a) hospital wards of any of the three penitentiary institutions, as there are no premises, such as entrance halls, separate observation room, sanitary inspection in the cities of Astana and Kostanay, etc., envisaged by the above act; b) any department of the three penitentiary institutions (excluding department No 2 of Astana), because there are no chambers for 1 bed, and patients have little right to privacy, given the overcrowding in some offices; c) any children (except for one ward in the Oskemen penitentiary), female (except for 6 wards in Astana), because windows in wards in all 3 regions are barred, while grids are allowed only in toilets used as rooms for smoking, as well as departments, wards for drug addicted; d) any class for studies of child age groups in penitentiary of Kostanay due to the absence of the board, in Astana the game room serves as the classroom, while it must be a separate; e) lighting in women's ward (except for penitentiaries of Oskemen and No 2 department of Kostanay), because there are no blue-light bulbs in cells for night lighting; f) patients are free to use their products, as there are no walk-in closets with drawers for each patient in the table except Kostanai.e) не везде пациенты могут свободно пользоваться своими продуктами, так как отсутствуют стенные шкафы с ящиками на каждого пациента в столовых за исключением г. Костанай.

16. Penitentiaries of the three cities have different number of hospital departments – 7 in Astana, 8 in Kostanai, 10 in Pavlodar, 5 in Oskemen. In contrast to Kostanai, Astana, Pavlodar and Oskemen have such service as daytime hospital, every institution has dispensaries. The number of hospital beds also varies and ranges from 293 in Oskemen to 550 in Pavlodar.

Physical billeting includes the area of the ward as well as such issues as access to light source and air. Regulation 18.2 and Clause 30 of the 11th General Report of the Committee against Torture (SRT/Inf (2001) 16) highlights the importance of these issues. The Committee against Torture has data, indicating, that 9-10 square meters are recommended as desired dimensions of the cell for one detainee. This must be also a minimum requirement for patients in mental asylums (MA).

Windows must not be covered, yet, in many wards, the windows are barred, there is no night light in the wards, there is split paint on the walls, worn-out linoleum and bedding, shabby furniture, deficient area of ward rooms per one patient (from 1.6 sq.m.), dampness, men units stink, patients cannot let the air in the wards, there are no bed-side tables in women's wards, half of light bulbs in MA in Astana city are out of order; patients feel uncomfortable due to shortage of toilets, showers and wash-basins; in reality, the sick are deprived of privacy when defecating, they cannot take a shower regularly. In some units in MA of 3 regions, the number of patients, undergoing medical treatment, exceeded standard number of beds (2 to 18 persons). This proves that mental asylums are overcrowded and results in non-observance of minimum standards.

In units no. 2 and 3 of Oskemen city, there are no separate rooms for canteens, and the tables are placed in the corridors. In unit no. 3 of MA of Astana city, the canteen is located at a distance of 5-7 meters from the patients' bathroom and has no fence on the corridor side. In fact, in all canteens, patients are fed in two, three "goes", as the area of the canteen does not allow placing all patients at once.

17. Besides civil commitment, each patient is exposed to the risk of being held in an observation ward (intensive observation ward), which has a neighboring permanent observation post, and patients are restricted in movement within the department. The ratio between the number of patients in observation wards and total number of patients in the unit varied within every fourth-tenth. In every unit, except psy-

choneurological department (neurosis) and children's department in Askemen city, there are observation wards, which are used for billeting 6-19 patients, as well as, in Astana city, there is a small observation ward with sign "isolation ward", which is used for billeting 3 patients, allegedly unable to take care of themselves. However, during the visit, one female patient was in a state of excitement and attempted to leave the isolation ward but was not allowed to do so. There are grounds for believing that such practice persists in some units when new patients, notwithstanding their state of severity, are placed in observation wards.

18. There is deficient security of patients and medical staff in every 3d mental asylum. Accurate record of aggressive actions of patients against each other and medical staff is not kept, except for Kostanay city, where these data are registered in the Escape Register. Escapes of patients took place in every 3d asylum. Needless to say, that ensuring physical security of people is very important. On the one hand, medical staff may be injured, for instance, out of 21 cases of escape in Kostanay city for 5 years, in 2003, department superintendent got head injury as a result of a patient's attack; on the other hand – patients. For instance, in 2009, a woman escaped from MCPPZ of Astana city and threw herself under the train.

Over the period 2005-2009, 4 cases of suicide had been registered in 3 regions, 2 of which were complete, 1 attempt, 1 incomplete (in Kostanay city, both cases were incomplete); over the same period, there were 52 cases of escape, 21 of which both in Astana and Kostanay cities, 10 - in Oskemen city. In 2009, in MCPPZ of Astana city, escape of a female patient resulted in suicide; most of 607 aggressive actions of patients (including attacks on each other and medical staff) were registered in Astana city (exceeds the figure in Kostanay city by 3.9 and by 1.6 – in Oskemen city). And, while, in Astana city, the number of attacks of patients on each other and medical staff is the same (160 cases for both), in Oskemen city, attacks on medical staff exceed attacks on each other by 3.3.

19. In every 3d mental asylum, inhuman treatment (assault, abuse, beating, threats, intimidation, punishment, "don'ts" look out of the window) occurs, what is confirmed by the results of interviews with department superintendents, 70.6% medical personnel, 3.8% interviewed patients of in-hospital, 21.4% - dispensary, 7.7% relatives and acquaintances, 5.8% lawyers.

The so-called soft fixation is commonly used, except neurosis departments, as measures of fixation – patient is tied to the bed with wide fabric belts. Application of measures of physical constraint is registered in patient clinical record and diary observations of nursing staff.

20. All government authorities noted absence of applications or single applications related to the issues of civil commitment, and complaints about the actions of doctors and other hospital personnel. Statistics related to applications of individuals, suffering from mental diseases (illnesses), is kept neither by competent state authorities nor by hospitals.

Absence or relatively few applications of citizens on issue of commitment is observed in Health Department of three regions. At the same time, the presence of a series of violations gives grounds for the following assumptions:

- Situation with commitment is relatively just and complies with the laws
- Absence of applications calls for more scrupulous monitoring
- Patients have no information/do not know about the possibility to appeal commitment
- For some reasons, patients do not believe in just settlement of appeal
- Patients do not feel healthy to independently initiate appeal
- It is likely, that incoming complaints are not duly registered
- Incoming complaints are not thoroughly reviewed and there is a discriminating approach.

Not a single region has proposals and recommendations on improvement of situation with social protection of mental patients. This is due to non-submittal of complaints (the prosecutor's office in Astana city and Kostanaysk oblast); due to few applications, what follows from responses of the prosecutor's office of Ust-Kamenogorsk city and Pavlodarsk oblast); due to absence of complaints in connection with liquidation of review proceedings (the prosecutor's office of Astana city, Pavlodarsk and Kostanaysk oblasts); due to non-consideration of complaints directly by the prosecutor's office, and, instead, forwarding them to health authorities (according to the statement of the prosecutor's office of East Kazakhstan and Pavlodarsk oblasts).

Meanwhile, the "activity" in appealing commitment and actions of doctors and other medical personnel is observed in the east. From 2003 to 2009, such complaints had been considered by the courts of East Kazakhstan oblast: 10 complaints about commitment and 2 complaints about actions of doctors and other medical personnel of psychoneurological dispensary, thus, either remained without consideration or without satisfaction. It is not improbable that the citizens required qualified legal assistance.

Available statistics, related to recognition of an individual as incapable or partially incapable, shows that such cases tend to increase by 4.9 in 2005 against 2003, and further slightly decrease (however, against the same 2003, increased by 3.6). In major cases (13,255 or 97.4%), claims were satisfied, the citizens were recognized as partially incapable or incapable. And, their increasing trend is observed (annually, 468 to 2,765 people are recognized as being so), what constitutes about 0.09% of citizens from

total 15 million people, residing in Kazakhstan. Minimum decisions (0.5%) on recognition of an individual as partially incapable or incapable are appealed. Decisions were made to vacate judgments of nisi prius courts for 0.09% from total number of cases on recognition of a citizen partially incapable or incapable, considered by the courts.

Practical impunity of those guilty of illegal commitment entails liability of managers, allowing inaction in this case (let us remind you, that, instead of criminal responsibility, stipulated by article 127 "Illegal commitment" of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan, in Astana and Kostanay cities, accused persons received only disciplinary punishment without specifying its type in Kostanaysk oblast and reprimand – in Astana city).

Attention should be paid to the fact that also other individuals, to whom commitment is, for some reasons, beneficial, co-act with doctors. During the period of monitoring in Astana city, information was obtained, that, in 2008, the prosecutor's office of the capital discovered violation of rights of an illegally committed person. This case was connected with religious views of the person. However, the case did not progress far than written response to the applicant, despite the prosecutor's office function to supervise the legality and protect constitutional rights of citizens.

Patients have no efficient access to appealing actions/inaction of medical personnel, including due to absence of complaints boxes in units and their rare checking, insufficient informing by medical personnel on rights, insufficient patients' awareness of their rights, absence of such stands in Oskemen city and due to being held in observation ward. This situation contradicts Principle 12.

List of written documents, provided to State Department "VK OPND", contains table form "Determining factors of quality of medical assistance based on internal audit", approved by head doctor. In item 4 of the table, the name of factor is "Number of complaints", form of data registration – "Register for conducting quality examinations", calculation of factor – "Number of justifications for complaints for the reported period against similar period of the previous year", frequency of analysis – twice per year, factor estimate – "Decreasing trend". Thus, certain analysis of work with OPND patients' complaints must be conducted also in other asylums.

21. Many medical employees are unaware of patient's rights. Nobody stated patient's right for esteem, personal immunity and freedom from torture, abuse and punishment, and only one person said that patients were being informed of the right to choose a lawyer.

There is no special separate room for meetings with lawyers in mental asylums. And this, together with rare lawyers' visits to mental asylums (24% interviewed lawyers visited MA over the whole period of their practice, services of 11.6% were paid by the state, 8% concluded agreement with relatives of MA patient, 3.5% lawyers – by personal application of a client in Askemen city), complicated access to MA, non-issuance of extract from clinical record and other problems, does not help in exercising rights of patients for obtaining qualified legal assistance.

One of the lawyers said: "The problem is in the absence of an independent organization, carrying out examination. Judges build on assumption that opinions of private organizations are not taken into account, although they have licenses. Only opinions of state organizations are considered as valid". Another lawyer in Oskemen city outlined the problem of prohibition to carry audio-, video equipment, pens, pencils, what is due to security purposes.

22. MA patients in some in-hospitals have restricted contacts with the outer world, they have no access to periodicals, in 2 units of MA of Oskemen city – to television, there are unjustified restrictions to meetings with relatives, acquaintances.

Visits of relatives and acquaintances are allowed, usually, by day's routine, in most cases, in the presence of medical staff. Not all units have special rooms, equipped for visits, and visits for those, who are in observation wards, are impossible.

With the exception of Qostanay city the patients' letters are sent at the expense of the establishment, and in majority of cases the letters undergo censorship in violation of Principle 13, the patients do not have free access to mail services; they can use a phone in most cases only with a permission of the governor or doctor. There are no appropriate conditions for realization of the right to use a telephone, as there are no payphones in any PE.

No rooms for worshipping have been equipped in any in-patient clinics, except for Department No. 3 of the PE in Pavlodar city. While in 2006 rooms for worshipping existed in Qostanay regional mental health clinic, as appears from the report of the Ombudsman in Kazakhstan Republic, in 2009-2010 they were absent, except for the so called religion corners.

23. The diagnostics and treatment norms shall be established by the ministry of Health of Kazakhstan Republic, setting them forth in protocols and standards. Non-conventional diagnostics and treatment methods, insulin shock and electric shock therapy are not used in 3 PEs. All psychiatric aid is rendered free of charge; there are no separate paid services or paid wards.

The patient is informed on his/her diagnosis, but not always, depending on his/her condition or upon his/her request. One fifth of the department heads mentioned that the patient is not informed on the diagnosis at all.

Most of the patients are not aware of their right to choose the doctor. At the same time the patients marked the right to receive information on the treatment methods and medications and said that the doctor discussed the treatment matter with them. This is confirmed with the responses of 1/3 of the surveyed health professionals. But on the whole this situation indicates violation of Principle 11: the patient gives his/her consent for treatment, for which the doctor shall discuss with them the possible treatment variants and select the optimal variant "which serves the interests of the patient's health best".

There are violations of the patients' rights for availability (not enough medications in the free fund, no selection of preparations or specialized pharmacies), high quality, efficiency and safety of medications (many patients from both in-patient and out-patient clinics mentioned side effects from the preparations they take). The procedure of state procurement is not always efficient: after allocation of the government order troubles with procurement of the medications necessary for the hospital occur in some cases, and if the supplier does not have the necessary preparations the hospital cannot turn to other suppliers and is forced to acquire substitutive preparations for the patients.

24. The treatment shall not be limited to medication and shall suggest full social resettlement of the patient, but in most clinics this treatment component was virtually absent. The hospital chief executives mentioned only psychosocial rehabilitation to the question on existing rehabilitation programs. The common problem for in-patient clinics is absence of gyms (except for Astana city), recreation grounds, and sports equipment.

Prevention of suicides is included to the psychiatry field, but there is a suicidology rooms only in Astana city.

25. In the great majority of cases the hospitals do not provide the patients with any clothes, including warm clothes in cold seasons, any toiletries (except for soap) or hygienic aids. Lonely and poor patients who cannot rely on assistance from the outside are in a difficult situation. In some departments the medical staff has to provide the patients with toothbrushes left by the discharged patients: "the brushes undergo special treatment and are given to the patient". Only in one PE in Astana city the head said they were providing the patients with the full package of hygienic aids.

26. Leisure rooms are not equipped in all in-patient clinics, the schedule of visits to such rooms is absent in all PEs. Often the rooms combining the labour therapy room, the library and the prayer rooms are called leisure rooms. They look shabby.

27. The medical staff uses different types of work as labour therapy without concluding employment agreement. The patients often, as in Astana city, have to agree to different types of work to have a walk, like: delivering food to the department from the nutrition unit, cleaning and beautification of the PE premises and territory, repairing chairs and tables. The main reasons of a mass failure to engage to work are: the patients' health state, failure to prescribe labour therapy, doctors' prohibition, the patients' disinclination to work, absence of labour therapy workshops; construction of one in Qostanay city is not envisaged. In Astana city the construction of a LTW was started in 2006 - a foundation was built, but the construction was not completed, and in the LTW in Oskemen city 25 patients (3 of which are incapable) work on 10 sewing machines made in 1985, but they do not receive any compensation for their work.

28. In Qostanay and Oskemen cities there are more male disabled people with mental disorders (diseases) than female ones (including children). The most of persons with disability are in the 2<sup>nd</sup> group of disability, then the 3<sup>rd</sup> group, and then the 1<sup>st</sup> group. The most disabled persons with mental disorders of the three regions are in Pavlodar region (10,161), then in Qostanay region (1,298), and then in the EKR (1,139). The number of disabled children is 1,050, 511 and 273 respectively. The ratio of children to adult disabled persons with mental disorders is the following: Qostanay region (39.37%), the EKR (23.97%), Pavlodar region (10.33%).

The number of social worker according to the staff schedule of psychiatric establishments is not adequate for rendering the necessary aid to people suffering with mental disorders (diseases).

Some patients do not have access to social services, housing.

According to the information from the hospital chief executives the clinics always help the patients to execute identification documents, but they do not always achieve the aims. Some patients in Astana and Pavlodar cities do not have access to social services without the documents. The chief executive in Pavlodar city did not agree to the conclusion, which led to a prohibition to visit the hospital.

Some patients from in-patient departments have no relatives or accommodations and, as the persons suffer with serious diseases, they are not admitted to specialized establishments (for persons with chronic mental disorders, tuberculosis dispensaries, retirement homes, disabled persons homes, etc., or there is a waiting line for the establishment which has to be expected for a period from 6 months to a year), due to which they have to stay in the hospital for a long time. Such patients find themselves in a difficult life situation according to the Law of Kazakhstan Republic "On special social services" and, as doctors say, stay in the hospital "for social reasons". For example, there are 38 such patients in Astana city.

At the same time hospitals in Astana and Qostanay cities do not help their patients to get to the line for obtaining accommodation from the state housing fund, while EK RPND SE helps them with it: "we issue an opinion, with which the patient or his/her relatives turn to the accommodation commission".

## Recommendations

The monitoring results allow issuing some recommendations:

### 1. For legislation:

- to ratify the Convention on the Rights of Disabled Persons as of 13.12.2006;
- to bring the national legislation on the rights of persons suffering with mental disorders to accordance with the Principles of protection of mentally ill persons and improvement of psychiatric aid (17.12.1991), the Body of principle of protection of all persons undergoing any form of detainment or restraint;
- to exclude the discriminative norms contradicting the Constitution of Kazakhstan Republic and the International Pact on Civil and Political Rights, namely part 9 of Article 180 from the Code of Kazakhstan Republic "On People's Health and Health Care System";
- to introduce to the Code amendments related to the list of rights guaranteed by the Constitution and Pacts on human rights, as to prohibition to limit the rights and freedoms of persons suffering from mental disorders based only on presence of the mental disease, facts of being under dispensary observation in a psychiatric organization of health care bodies or a psychoneurological organization or social services bodies or special training; establishing a rule for informing the prosecuting bodies, as well as obligatory notification to a legal representative in cases of involuntary hospital admission of persons, including for psychiatric examination; establishment of obligation of the treatment facility administration and staff to provide the person suffering from a mental disease or his/her legal representative with the text of the Code, the address and telephone numbers of governmental and non-governmental bodies, organizations and officers which they can turn to in case of the patients' rights violation; establishment of the rule that within 24 hours from the moment of the patient's involuntary admission to a psychiatric in-patient department his/her legal representative or other person indicated by the patient shall be notified on the fact; on obligatory informing of the patient's relatives or legal representative or other person indicated by the patient on changes in his/her health state and emergencies involving the patient; on ensuring safety of the patients in in-patient departments, control of contents of parcels and deliveries; to set forth in legislation minimum guarantees against power abuse;
- Code should stipulate necessity of compulsory hospitalization based on court judgment only and exclude cases of emergency hospitalization based on decision of sole psychiatrist and in such way the procedure of civil commitment should be brought in line with ICCPR (International Covenant on Civil and Political Rights) Article 9, item 4;
- a completion moment of compulsory treatment and beginning of willful hospitalization of a person should be stipulated by the legislation;
- the due dates of compulsory hospitalization extension should be revised;
- the terms of ultimate hospitalization in medical institution for forensic psychiatric examination;
- fix guarantee of right to obtain information and appeal methods of medical treatment and intervention;
- include order of post-discharge adjustment deregistration of dispensary observation;
- Code should include clear list of criteria for placement of a patient to the observational ward. In such way realization of the requirements of Article 39 of Constitution of RK regarding necessity to have rights limitation only in laws should be realized;
- Stipulate in legislation submission of discharge to a patient and clinical history by request;
- Determine competent independent supervisory authority that functions according to Concepts as follows: approves therapy treatable to provide the optimal interests of patient health without his acknowledge consent, checks if the patient is able or unable to give acknowledge consent to proposed treatment (including psychosurgery and other types of invasive and irreversible mental treatment), gives permission for clinical practices and experimental treatment, considers appeal notices regarding any treatment applied to a patient, makes regular inspections to monitor compliance of incarceration conditions and care of patients with Concepts, during the shortest period of time considers issue of compulsively hospitalization and detention of a patient in mental health center and reconsiders the issue on a periodic basis, in reasonable period of time; uses assistance of one or several qualified and independent experts acting in sphere of psychiatry and acknowledges their advices;
- It is necessary to definite term "civil commitment" or exclude this term replacing it by the term "compulsory hospitalization" for uniform understanding and application of medical, court and law-enforcement authorities;
- bring Criminal Code of RK into accordance with Code for Public Health and Health System with regard to basis for delivery of health care and treatment without consent of a person;
- develop standard for social work in Public Health Service particularly in mental health centers;

- provide access control to mental health center in the way similar to the access control to any other health care center for other diseases;
- insert alterations in Criminal Procedure Code providing that commitment of suspected persons and persons under investigation to medical center for forensic psychiatric examination at the stage of preliminary investigation is to be executed as per court judgments and objective criteria; providing law limitation for such commitment duration and availability of right of suspected persons and persons under investigation to obtain information and appeal methods of medical treatment or intervention;<sup>213</sup>
- bring Instructions for order of urgent hospitalization of mentally ill approved by Order of Komzdrava MOKiZ RK No. 269 issues 12 years ago on 13.05.1998 into accordance with Code;
- as soon as possible develop and appoint national preventive mechanism in order to prevent tortures and abusive treatment and take all efforts to assure its independent character according to provisions of Optional Protocol to Convention against Torture, Declaration on the Right and Responsibility of Individuals, Groups and Organs of Society to Promote and Protect Universally Recognized Human Rights and Fundamental Freedoms;
- free visits of members of social organizations to mental health centers by as it was provided by the earlier existing legislation should be stipulated by the current legislation.

## 2. Practical character:

- regularly inform local executive authorities regarding activity conditions of mental health centers;
- improve efficiency of budget planning, assure sufficient budget of hospitals (for capital repair of buildings, premises, wards, water supply system, sewerage system, approach roads, walking areas, land improvement, creation of the required premises such as meeting, religious, relaxation rooms, classrooms for children, libraries, receipt of periodical publication, purchase of television and video devices);
- devote obligatory quota for employment assistance of mental ill persons;
- increase salary of medical staff of mental health centers;
- appropriate money for construction of occupational therapy workshops to assure one of the finishing stages of treatment and post-discharge adjustment of ill persons;
- devote funds for construction of dormitories for patients having social indication (lonely, homeless persons);
- provide clear execution of Special Social Services Act of RK and proper vital services to patients of mental health centers;
- open special pharmacies having wide choice of medicines for persons having mental diseases;
- decrease manpower standards with regard of assignment rates of psychiatrist (the current standard is 30 patients for 1 psychiatrist at patients unit and 50 patients for 1 for 1 psychiatrist at day patient facility);
- increase staff number of psychologists, social workers and lawyers;
- assure safety of patients and medical staff;
- oblige mental health centers to have clear schedules and assure periodic development of medical personnel in hospitals;
- provide material and technical basis of hospitals;
- assure execution of patient rights to choose medical care center branching out psychiatrist offices in all treatment centers;
- remove window grills;
- install coin-box telephones in places associable for patients and check its daily;
- take urgent measures against stigmatization, discrimination and social isolation;
- improve effectiveness and accessibility of appealing procedure of mental health centers for the patients;
- bring all premises of mental health centers into accordance with Annex No.8 to Order № 269 as of 13.05.1998 Measures of further improvement of mental health assistance arrangement issued by Health Care Service Committee of Ministry of education, culture and health care of RK;
- assure information distribution for all rules and instructions of custodial institution and right of each person for access to lawyer, independent doctor and relative and other rights to provide effective protection against tortures from the moment of compulsory hospitalization in mental health centers and during treatment;
- information stands placed in each department and lobby of mental health centers should have quotations from Constitution, Code, Concepts of mental ill persons protection and improvement of psychological care, civil right, patients and persons with mental diseases;

<sup>213</sup> Final comments of UN Committee against torture (CAT/C/SR.858).

- at hospitalization give to each patient information card regarding his rights including consideration of national legislation alterations, provisions of international documents for person rights and Concepts of mental ill persons protection and improvement of psychological care;
- conclude memorandums/agreements with college of lawyers to render legislative assistance to patients; at that the third part could be Financial Department, Board of Treasury to guarantee constitutional right for legal assistance;
- equip the religious, relaxation rooms, classrooms for children, meeting rooms with special equipment, providing confidentiality;
- make sufficient control over execution of patient rights to obtain information regarding diagnose, health condition, walking, freedom and bodily security, respect of human dignity and torture prohibition, access to a lawyer and churchman;
- Arrange public boards with participation of representatives of public organizations, political parties, religious confessions;
- Arrange educational events to increase level of legal competence of the personnel of mental health centers;
- Provide proper observance of requirements of the valid legislation of Republic of Kazakhstan and Concepts of mental ill persons protection and improvement of psychological care by medical personnel;
- Promote research investigation required to provide the optimal interests of patient;
- Assure fulfillment of Code with regard of prohibition of smoking in a public place and medical centers;
- take measures for accommodation, maintenance and feeding of patients under conditions providing right for respect of human dignity (including overcrowded hospitals);
- keep strict record of aggression acts of patients, escapes, abusive treatment and tortures, suicides;
- establish suicidology offices;
- provide lonely, poor patient patients with clothes and toiletry;
- install boxes for complaints in places accessible for patients;
- make statistic statements about compulsory hospitalization and quantity of complaints for activity / inactivity of doctors and other personnel of mental health centers;
- provide proper level of such complaints investigation, following the concept of quickness, effectiveness independence and impartiality;
- carry out permanent monitoring of mental health centers;
- take measures to persons permitting illegal commitment to the mental health center stipulated by the legislation;
- make reports for patients of hospital, control receipt of social awards, pensions;
- provide effective interaction of competent authorities responsible for accommodation, awards, clothes, sanitary and toiletry assurance to a patients

## Приложения

Таблица 1 – количество койко-мест в отделениях, наполняемость (из опроса 24-х заведующих отделениями 4-х регионов)

Номер/наим. отделения	г. Астана – всего 365 коек		г. Костанай		г. Павлодар - всего 550 коек		г. Усть-Каменогорск	
	лимит	количество пациентов	лимит	количество пациентов	лимит	количество пациентов	лимит	количество пациентов
<b>1 отделение</b>	30	25.11.09 - 31 чел. За год в среднем 28,5-29 чел. каж. день	70	30.11.09 - около 70 человек. Койки не пустуют.	-		75	29.12.09 79 чел.
<b>2 отделение</b>	50	24.12.09 - 37 чел.	70	16.11.09 - 69 чел. Как правило, места не пустуют, бывает на 1,2 человека больше установленного лимита.	-		60	11.01.10 - 51 чел., но день приемный, больные поступают. Пустуют койки редко.
<b>3 отделение</b>	60	24.12.09 - 73 чел. Отделение работает постоянно с перегрузом	90	19.11.09 - 107 чел. (около 10 чел. находящем режиме, т.е. не ночуют в отделении, а только получают лечение, и уезжают домой). Кроме того есть отпуски, когда до 3-х дней пациент может находиться дома, в случае если состояние стабилизировалось. Таким образом врач может посмотреть: насколько пациент готов к выходу в со-	60	09.11.09 - 60 % койко-дней свыше 100%	60	-

				циум, какие есть проблемы с адаптацией.				
<b>4 отделение</b>	60	03.11.09 - 75 чел.	90	На 18.01.10 г. 94 пациента, учитываемая пациентов, которые на приходящем режиме, и тех, кто в лечебном отпуске. Как правило, все койки заполнены, самые спокойные месяцы июнь, август, в это время занято обычно 60-70 коек	60	09.11.09 - 52 чел.	45	20.12.09, Чаще заполнены
<b>5 отделение</b>	60	30.11.09 - 60 чел.	30	20.01.10 все заняты. Как правило, отделение не пустует, также присутствует сезонность	-	-	45	20.12.09 - 38 детей, кровати редко пустуют.
<b>6 отделение</b>	60	30.11.09 - 66 чел.	30	03.12.09 - 10 детей. Перед праздниками и Новым годом, особенно, всех детей, как правило, родители стараются забрать детей домой, а так обычно до 5 мест свободных, бывает, что все 30 заняты.	-	-	-	-
<b>7 отделение</b>	50	25.11.09 - 43 чел.	60	27.01.10 - около 50 пациентов. Бывает по-	-	-	-	-

				разному: все запол- нены, бы- вает, бы- вает мень- ше пациен- тов, чем мест, но к сожалению, бывает и больше, но очень ред- ко				
<b>8 отделение</b>	-	-	60	20.11.09 - 56 чел. Бы- вает, что не все за- полнены, но всегда за 50 паци- ентов есть.	-	-	-	-
<b>Дневной стационар</b>	45	24.12.09 - 72 чел.	50	-	-	-	50	24.12.09 - Коек 5, на данный момент 50 чел, койки заполнены.
<b>Диспансер</b>	-	-	-	-	-	200 посе- щений в день (све- дения раз- мещены на веб- сайте)	70	11.01.10 - фактически в день произво- дится до 120 посе- щений.

**Таблица 2 - меню психиатрических учреждений**

<b>г. Усть-Каменогорск (на 20.12.2009 г.)</b>	<b>г. Костанай (на 28.10.2009 г.)</b>	<b>г. Астана (на 09.11.2009 г.)</b>
<b>Завтрак:</b> Каша гречневая Чай с молоком Хлеб с маслом Вафли	<b>Завтрак:</b> Каша молочная «дружба» Чай со сливочным маслом	<b>Завтрак:</b> Масло сливочное Каша молочная манная Сыр твердый Чай сладкий
<b>II завтрак:</b> Яблоки	<b>Обед:</b> Суп гороховый на костном бульоне Овощное рагу со свиной руль- кой Компот	<b>Обед:</b> Щи со свежей капустой Котлеты куриные Соус молочно-морковный Макаронны отварные Компот из сухофруктов
<b>Обед:</b> Суп овощной Вермишель, котлета Кисель, хлеб Овощной салат	<b>Полдник:</b> Сарделька в тесте	<b>Полдник:</b> Яблоки
<b>Ужин:</b> Суп рыбный, чай Хлеб с маслом	<b>Ужин:</b> Суп вермишелевый на курином бульоне Яйцо Какао	<b>Ужин:</b> Суп рыбный Яйцо варенное Чай сладкий

## Памятка пациенту МЦППЗ г. Астана (до внесения изменений в 2010 г.)

Приложение №15 к приказу директора ГУ «МЦППЗ» г. Астана от 11.03.09 г., № 87/1-о

### Памятка пациенту

1. Пациенту, помещенному в психиатрический стационар, должны быть разъяснены его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации с последующим уведомлением законного представителя.

2. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросу лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом, подавать жалобы и заявления в государственные органы и адвокату, встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине, исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны;
- выписывать газеты и журналы;
- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
- вести переписку;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

3. Индивидуальная подписка на газеты и журналы, пользование услугами связи и так далее осуществляется за счет пациента, которому они предоставляются, или за счет благотворительных поступлений.

4. Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случае выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрической организации будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные ст.29 Закона РК №96-1 от 14.04.97 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В таком случае вопросы о его пребывании в психиатрическом стационаре, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном ст.ст.30-32 и п.3, данной статьи Закона.

5. Пациент должен соблюдать правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

## Фотографии



Столовая отделения №4, г. Костанай    Религиозный уголок, отделение №4, г. Костанай



Комната свиданий, отделение №4, г. Костанай    Палата, отделение №4, г. Костанай



Посуда, отделение №3, г. Костанай    Коридор, отделение №1, г. Костанай



Столовая, детское отделение, г. Усть-Каменогорск  
Палата, детское отделение, г. Усть-Каменогорск



Игровая комната, детское отделение, г. Усть-Каменогорск  
Лечебно-трудовая мастерская, г. Усть-Каменогорск



Палата, психотуберкулезное отделение, г. Астана Палата, женское отделение, г. Астана



Игровая комната, детское отделение, г. Астана    Столовая, детское отделение, г. Астана



Палата, детское отделение, г. Астана    Решетки на окнах, стационар, г. Астана