



# **СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОКЛАД**

**Уполномоченного по правам человека  
в Чувашской Республике**

**О соблюдении прав граждан,  
содержащихся в психиатрических  
стационарах и психоневрологических  
интернатах Чувашской Республики**

УДК 341.231.14.075.(470) (0758)  
ББК Х 400.63.я 73

Кручинин Ю.С.

**К 847 Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Чувашской Республике**

**«О соблюдении прав граждан, содержащихся в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах Чувашской Республики» - Чебоксары, 2015 г. – 81 с.**

Настоящий доклад составлен по материалам, полученным в рамках изучения вопроса обеспечения прав граждан, размещенных в лечебно-профилактических и медико-социальных учреждениях психиатрического профиля Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики. Проведенный омбудсменом мониторинг явился первым опытом государственного правозащитного контроля в Чувашии в области психиатрии.

Ответственный редактор Тихонов С.Н.

Доклад размещен на официальном сайте Уполномоченного по правам человека в Чувашской Республике:  
[www.ombudsman21.cap.ru](http://www.ombudsman21.cap.ru)

УДК 341.231.14.075.(470) (0758)  
ББК Х 400.63.я 73 К 847

**Уполномоченный по правам человека в Чувашской Республике  
Кручинин Юрий Сергеевич**

**428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д.10.  
телефон: (8352) 39-32-13 e-mail: ombudsman21@cap.ru**

Дизайн и печать ИП Маслов А. В. (типография «Принт-Люкс»)

*«...Нельзя имитировать внимание к людям..., медицинскую и социальную помощь. Надо вспомнить, что из репутации конкретных больниц... и социальных учреждений складывается общая репутация всей страны» (из Послания Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации от 04.12.2014)*

## **1. Введение**

Специальный доклад подготовлен в соответствии с частью 3 статьи 18 Закона Чувашской Республики от 02.10.2012 №54 «Об Уполномоченном по правам человека в Чувашской Республике».

Главная цель представляемого специального доклада - проанализировать деятельность лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений психиатрического профиля с точки зрения соблюдения закрепленных в общепризнанных международных актах и федеральном законодательстве прав лиц, страдающих психическими расстройствами, показать проблемные вопросы в данной сфере и выработать рекомендации для повышения гарантий государственной защиты прав граждан указанной категории.

В основу доклада положены результаты мониторинга психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов, проведенного аппаратом регионального Уполномоченного с выездом в места их расположения. Исследование дает независимую оценку правового положения психически больных, фиксирует беспристрастный и принципиальный взгляд проверяющих, примечающий и то, что порой остается незамеченным администрацией стационаров и интернатов в силу укоренившихся стереотипов повседневной работы.

Уполномоченный рассматривает изложенную в докладе информацию как возможность привлечь внимание органов государственной власти Чувашской Республики и общественности к проблемам соблюдения прав граждан, размещенных в специализированных медицинских и социальных учреждениях.

Доклад содержит предложения омбудсмена практического характера для достижения приемлемого уровня обеспечения прав, свобод и законных интересов психически больных и предоставляет информационно-аналитические сведения должностным лицам, принимающим управленческие решения в области организации здравоохранения, для использования в работе, в том числе при определении целевых ориентиров и рабочих приоритетов в развитии психиатрической службы в республике.

## **2. Актуальность вопроса защиты прав психически больных лиц**

Концепция оказания помощи, принятая в клинической психиатрии, подразумевает развитие целостной личности пациента и его максимальной социальной адаптации, что становится невозможным без всестороннего соблюдения прав человека.

Несоблюдение прав пациентов - одна из тех профильных проблем, которые кажутся незначительными на фоне глобальных трудностей отечественной системы охраны здоровья. Казалось бы, правовые вопросы взаимоотношений граждан с медицинскими учреждениями и государством можно отложить до того, как будут решены самые серьезные задачи - добиться надлежащего финансирования медицины, провести необходимую модернизацию материально-технической базы, кардинально улучшить подготовку медицинских кадров и т.д. Но это - ошибочный путь, поскольку от того, как защищены права больных на практике, напрямую зависит качество их лечения и удовлетворенность населения самой системой здравоохранения.

Упрямые цифры и социологические опросы российских граждан подтверждают продолжающийся рост частоты психических расстройств, неудовлетворенность населения результатами оказываемой медицинской помощи, недостаточное внимание к психически больным, их беспомощность, а также сохраняющуюся тенденцию к отторжению таких людей обществом. Психические расстройства порой приводят к обнищанию отдельных лиц и семей. Отсутствие жилья и неоправданное лишение (ограничение) свободы имеют место гораздо чаще в отношении психически больных, чем в отношении обычных групп населения. Это положение только усугубляет их неизбежную маргинализацию. Они могут оказаться ввергнутыми в условия несоблюдения гигиены и негуманного обращения, физического и сексуального насилия, а также пренебрежительного или унижительного обращения в лечебных и социальных стационарах.

Издавна считалось, что психиатрия в отличие от многих других медицинских отраслей является дисциплиной не только клинической, но и социальной. Специалистами высказывается большая обеспокоенность расширяющейся психической патологией и объемом бремени, которое несут государство и общество в целом вследствие широкой распространенности психических расстройств, нередко приводящих к глубокой инвалидизации страдающих ими лиц. Расчеты прогнозных потерь доводятся до органов власти и общественных структур с призывом обратить, наконец, должное внимание на

обостряющуюся проблему, увеличить приток финансов к научным программам и практическим разработкам в психиатрии, внедрение которых поможет минимизировать причиняемый ущерб. Однако это пока не приводит к заметному смещению акцентов в государственной медицине в плане искомых приоритетов бюджетной политики.

Проблема общественного психического здоровья в России признана масштабной. Об этом свидетельствуют как показатели распространенности психических заболеваний, так и их многочисленные социальные, экономические, психологические, правовые и иные последствия. Одними из основных причин роста заболеваемости психической патологией являются неблагоприятная экономическая обстановка в стране и усиливающаяся социальная уязвимость, которые приводят к развитию эмоционально-стрессовых состояний, а также высокий уровень алкоголизации населения.

Отражением отношения государства к данной проблеме является финансирование. Так, из средств бюджета здравоохранения на психиатрию в США расходуется не менее 10-15%, в странах Евросоюза - примерно 7-9%, в России - не более 3-4%. Как утверждают сотрудники Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, для обеспечения полноценного лечения всех зарегистрированных больных жителей страны ресурсы, выделяемые на психиатрию, должны быть многократно выше. В противном же случае, те самые 20% пациентов, попадающих на повторную госпитализацию, так и будут уничтожать всю предполагаемую экономию средств. В тоже время вполне очевидно, что значительная часть нерешаемых вопросов, годами накапливающихся в области психиатрии, связана именно с неудовлетворительным финансированием.

Статистика остается беспощадной. Из года в год в стране фиксируется прирост контингента психически больных. По утверждениям российских специалистов, в квалифицированной психолого-психиатрической помощи нуждается не менее 15% населения (сюда еще не включены те, у кого психическое состояние характеризуется как пограничное).

В общем числе граждан, обращающихся за помощью в лечебно-профилактические учреждения общесоматической сети, доля лиц с психическими расстройствами достигает почти 50%. Еще более пугающей выглядит цифра освобождений от срочной службы в армии в связи с отклонениями в психике - до 40%. Лица младше 20 лет составляют уже почти 27% из всего количества психически больных. Уровень алкоголизации и наркотизации в стране, являющимися своего рода питательной средой для психических отклонений, продолжает

«зашкаливать». Информация о преступлениях недолеченных психически больных, якобы «не являющихся социально опасными», у населения, как говорится, вообще «на слуху». На граждан с психическими расстройствами приходится непропорционально более высокая доля инвалидности и смертности. Например, лица с глубокой депрессией и шизофренией имеют на 50-60% больше шансов умереть преждевременно, чем население в целом по причине проблем физического здоровья. Число инвалидов в стране в связи с психическими заболеваниями за период с 2000 по 2013 год возросло на 51%. Почти 95% такого вида инвалидов, признанных нетрудоспособными, остается на пенсионном обеспечении пожизненно.

Ситуация по детям еще более тревожная. В различных детских домах и домах-интернатах России постоянно находятся примерно 350 тысяч детей, из них более 30% - сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Остальные более 200 тысяч. - дети с нарушениями развития, прежде всего, психического, родители которых не лишены родительских прав, но семья вынуждена отдавать ребенка в интернат, поскольку сама прозябает в бедности и почти не получает помощи в его воспитании.

Значительная часть взрослых психически больных лишена дееспособности, и в связи с этим находится под опекой. Не случайно, за последние десять лет в России число судебных дел о признании граждан недееспособными возросло в 3,5 раза. При этом в 96% случаев суды удовлетворяют поданные заявления. Острота проблемы предполагает наличие отлаженной системы поддержки таких лиц, целью которой явилось бы создание условий для более-менее достойного качества жизни, а также для реализации их прав на развитие, лечение, реабилитацию и труд.

В законодательстве Российской Федерации пока еще не нашли своего отражения воспринятые мировым сообществом тенденции в защите прав лиц с ментальной инвалидностью, упомянутых в международных обязательствах страны. Совокупность существующих норм федерального законодательства не учитывает специфику опеки и попечительства над гражданами, признанными недееспособными или ограниченными в дееспособности вследствие психических заболеваний. Так, при помещении психически больного инвалида в интернат, статус опекуна приобретает учреждение (в лице директора), решающим все вопросы, связанные с жизнью подопечного. При этом опека иными лицами (например, родителями) прекращается и они лишаются права влиять на его жизнь.

Кроме того, законодательство не содержит специальных

требований к исполнению интернатами опекунских или попечительских функций, несмотря на то, что исполнение юридическими лицами таких действий, априори, неравноценно их выполнению физическими лицами. Повсеместно продолжаются злоупотребления процессуальной процедурой признания недееспособности в целях присвоения имущества опекаемых. Отчасти это связано не только со слабыми процессуальными гарантиями при лишении дееспособности, но и с недостаточностью регламентации обязанностей опекуна и органов опеки, создающей возможность манипуляций, а также с несовершенством правового регулирования восстановления дееспособности.

Отношение к психиатрии в России под влиянием демократических процессов изменилось в лучшую сторону. Прежде всего, потому, что ушла в необратимое прошлое практика психиатрического произвола, когда, образно говоря, в "психушку" могли поместить человека из-за его инакомыслия или просто потому, что он был неугоден кому-то из властных структур.

Тем не менее, проблема обеспечения прав психически больных по-прежнему находится в фокусе внимания правозащитников.

Медицинские учреждения клинической психиатрии традиционно являются, по сути, «режимными» и малодоступными для общественного контроля. Полнота соблюдения прав больных, по большому счету, оказывается в непосредственной зависимости от самосознания медицинского персонала. Благо, если этот персонал состоит из нравственных людей.

Распространение мысли о том, что «человек, однажды заболев психически, навсегда останется больным» является некорректным. Примерно 70% пациентов психиатрических лечебниц способны возвратиться к нормальной жизни в обществе. Очень многое зависит от качества работы руководства и персонала больниц и создаваемой ими позитивной обстановки в процессе лечения.

В соответствии с теорией права первооснова субъективных прав личности заключена в свободном волеизъявлении и уважении воли, в претворении этой воли в жизнь. Лица, страдающие хроническими психическими заболеваниями, зачастую не в состоянии должным образом реализовать свою волю (она или патологически изменена, или отсутствует), и, таким образом, порой оказываются ущемленными в правах. Осложняет ситуацию настороженное отношение населения к психическим болезням, которое, вероятнее всего, коренится в изначальной непроработанности в нашей культуре самого

представления о психике и психически больных: подчас даже высокообразованные люди демонстрируют поразительное невежество при выражении своего отношения к этой особой сфере жизни.

Если рассматривать общее состояние психического здоровья в Чувашии, то оно, так сказать, в «приземленном выражении», выглядит следующим образом.

Структура психических болезней населения такова: около 41% занимают неврозы, тревожные, депрессивные и панические расстройства; умственная отсталость - 31%; психозы и состояния слабоумия - примерно 26% (в том числе шизофрения - 14%).

Одним из главных индикаторов состояния здоровья является уровень общей заболеваемости психическими расстройствами. В республике под наблюдением психиатров и психотерапевтов на 01.01.2014 находилось 36,6 тыс. человек, на 01.01.2015 - 34,3 тыс. человек, что составляет порядка 3% населения региона. На диспансерном учете на 01.01.2014 стояло 16,8 тыс. психически больных, на 01.01.2015 - 17,1 тыс. человек.

Первичная заболеваемость в 2013 году была на уровне 31,6 человек на 10 тыс. населения (мужчин - 33,7, женщин - 29,9), в 2014 году она возросла до 32,3. Показатели как первичной, так и общей заболеваемости психическими расстройствами в течение ряда лет несколько превышают среднероссийские, и являются наиболее высокими среди субъектов Приволжского федерального округа. Не снижается уровень первичной заболеваемости алкогольными психозами, который за 2013 год составил 14,7 на 100 тыс. населения. Наибольшее число перенесших алкогольные психозы выявлено среди лиц трудоспособного возраста (40-59 лет) - около 50%.

Относительное количество лиц, зарегистрированных в амбулаторно-поликлинических учреждениях психиатрической службы республики, также стабильно выше среднероссийских значений. Всего в 2013 году в регионе было зарегистрировано 39,5 тыс. человек, что в расчете на 10 тыс. населения составило 318,2 (по России - 289,2), в 2014 году - 38,4 тыс. человек и 310,2, соответственно.

Фиксировалось увеличение показателя госпитализации лиц с психическими расстройствами (в расчете на 100 тыс. населения) - с 505,7 в 2011 году до 513,7 в 2013 году. Рост произошел за счет граждан, страдающих шизофренией, данный показатель вырос с 150,7 в 2012 году до 203,9 в 2013 году, или на 35,3%. В 2014 году общее число госпитализированных лиц в пересчете на 100 тыс. населения составило 502,9.



Растет количество психически больных, утративших семейные связи и навыки самостоятельного обслуживания. Драматизм состоит в том, что общество вряд ли будет приветствовать перспективу видеть на улицах все большее число социально неустроенных и неадаптированных к нынешней действительности людей, становящихся бездомными и пополняющих подвалы и чердаки.

Средняя продолжительность нахождения пациентов в психиатрических стационарах имеет устойчивую тенденцию к росту. В 2011 году в целом по республике она составляла 59 дней, в 2013 году - 62 дня, в 2014 году - 63 дня. Симптоматично, что продолжает увеличиваться и количество лиц, находящихся в психиатрическом стационаре более 1 года, что уже является отступлением от установленных норм. Между тем, сама по себе длительная госпитализация имеет отрицательные, если не губительные, последствия (среди которых социальная дезадаптация, затрудняющая последующую жизнь в обществе) как для самого больного и его родных, так и для медицинского учреждения. Исследователями в сфере психиатрии вообще сделан вывод о том, что излишне долгое пребывание в психиатрических отделениях оказывает более деструктивное влияние на личность пациентов, чем, собственно, психическое заболевание.

Динамика инвалидности и первичного выхода на инвалидность в Чувашии хуже, чем в среднем по России и Приволжскому федеральному округу. Так, показатель общей инвалидности в связи с психическими расстройствами по республике в 2014 году (в расчете на 10 тыс. населения) достиг малоприятного рубежа 104,4 (по России - 72,6, по ПФО - 82,4). При этом в 2013 году число инвалидов в регионе в связи с психическими болезнями составило 12,9 тыс. человек. Показатель первичного выхода на инвалидность в 2013 году составил 3,7 на 10 тыс. населения, в 2014 году - 3,65 (по России - 2,98, по ПФО - 3,37).

В общем количестве психически больных в республике в 2013 году лица трудоспособного возраста составляли 61%. Но из них работали только 428 человек, или 5,3%. Это, конечно, связано с тем, что данные лица естественным образом вытесняются из производства в жестких экономических условиях. Из числа граждан с психическими расстройствами в 2014 году трудоспособные лица составили уже почти 70%.

Суицидологическая ситуация продолжает оставаться напряженной. Наряду с республиками Марий Эл, Удмуртия и Кировской областью Чувашия относится к регионам с относительно

высоким уровнем завершённых суицидов. В структуре причин смерти жителей региона гибель от несчастных случаев и травм, куда входят и суициды, занимает второе место после смертей от болезней системы кровообращения.

Состояние психического здоровья населения тесно переплетается с уровнем функционирования социальной структуры региона и качеством инфраструктуры стационаров и интернатов. В силу этого проблемы психиатрической службы подлежат обязательному включению в концептуальные основы развития здравоохранения Чувашской Республики.

Нельзя не учесть и то обстоятельство, что согласно федеральному законодательству психиатрическая помощь в виде диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи может оказываться только в государственных учреждениях. Это означает, что данное направление, при отсутствии альтернативы в проведении лечения, несомненно, должно иметь приоритет при планировании бюджета.

На капитальный и текущий ремонт объектов всех лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений психиатрического профиля за счет республиканского бюджета и внебюджетных средств в 2013 году было направлено около 11,44 млн. рублей. В 2014 году на указанные цели планировалось направить уже меньший объем финансовых средств - 10,71 млн. рублей. Причем, за 9 месяцев 2014 года на нужды ремонта всех психиатрических больниц поступило всего лишь 1,97 млн. рублей бюджетных ассигнований. Остается только догадываться, как эти цифры могут соразмеряться с большими потребностями в обустройстве стационаров.

В то же время, психиатрические стационары должны обеспечивать максимально возможную (с учетом специфики заболеваний) степень свободного поведения больных и стимулировать межличностное взаимодействие, благотворно влияя на самооценку, снижая уровень напряжения и, в конечном счете, облегчая им возвращение в обычную жизнь.

К лечебным факторам относится не только набор медикаментов, но и уважительность, добровольность, информированность и буквально все факторы среды, так как во всем содержатся социально-терапевтический и психотерапевтический аспекты.

Считается, что нет в медицине направления, о котором у среднестатистического обывателя сложились бы более расплывчатые и предвзятые представления, чем психиатрия. Диагноз психического расстройства несёт на себе негативную социально-этическую нагрузку. Как бы гуманно ни относилось общество к этим лицам, в восприятии

окружающих они нередко попадают в категорию лишённых в полной мере социального доверия.

Граждане, страдающие психическими расстройствами, являются одной из самых уязвимых в правовом отношении категорий населения. Они могут подвергаться различным видам бытовой и иной дискриминации, что является серьезной преградой в повседневной жизни этих людей. Соблюдение прав человека в области психического здоровья - показатель не только цивилизованности общества, но и состояния демократии. Это звенья одной цепи. Из-за недееспособности многих больных к их обращениям сложилось заведомо критичное отношение. Распространение пренебрежения к психически больным, социального дистанцирования от них, а также мнения о том, что все они являются опасными для социума, приводит к необоснованному ущемлению их прав и свобод.

Сказанное позволяет утверждать, что вопросам соблюдения прав граждан, вовлеченных в орбиту психиатрии, а также оказания индивидуальных и комплексных услуг по восстановлению здоровья лиц, госпитализированных в психиатрические больницы, и интеграции их в общество должен быть придан новый вектор движения со стороны государственных органов и правозащитных организаций.

Общегосударственные гарантии уважения прав и свобод больных граждан определяют, что их защита должна адекватно соотноситься с реальной потребностью пациентов и социально-направленной политикой государства. Психиатрические учреждения особенно нуждаются в государственном и общественном контроле за соблюдением прав размещенных в них граждан. Однако государство в этом плане не всегда действует результативно, а влияние общества требует своего усиления. В обычной жизни многие гарантии оказываются нереализованными, и нарушения прав психически больных продолжают иметь место.

Возможности гражданского контроля за судебно-психиатрическими экспертными и медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь, ограничены. Согласно положениям действующего законодательства члены региональных Общественных наблюдательных комиссий по контролю за местами принудительного содержания, образуемых в субъектах Российской Федерации, не вправе беспрепятственно инспектировать указанные учреждения. По мнению правозащитников, расширение функций данных комиссий позволило бы властям сэкономить на реформах

государственных учреждений, привлекая к наблюдению за ними граждан.

Единственное, что в этой связи требуется - убрать все искусственные барьеры на пути данного контроля. Прежде всего, необходимо сделать свободным вход и посещение психиатрических больниц со стороны негосударственных организаций. Замечу, что в соответствии с пунктом 2 Принципа 15 «Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» доступ в психиатрическое учреждение должен регулироваться таким же образом, как и доступ в любое другое учреждение при любом другом заболевании. Данное требование норм международного права в России, по сути, не соблюдается.

Признавая недостаточность общественного контроля (общественных, иных некоммерческих неправительственных организаций и независимых правозащитников) за соблюдением прав лиц, помещенных в психиатрические стационары, необходимо все же заметить, что многие общественники на деле достаточно активно защищают права пациентов, не получая, при этом, никаких денег из бюджета.

Статья 38 Закона РФ от 02.07.1992 №31875-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» содержит норму о создании государством независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Несколько удивительно, что процесс ее создания растянулся на многие годы. Так нужна ли эта служба государству, насколько работоспособна сама эта идея, и будет ли она реальным конструктивным оппонентом государственным учреждениям в вопросах отстаивания прав больных? Факт остается фактом, но еще в 2008 году был создан реально работающий институт общественного контроля за местами принудительного содержания, а в области психиатрии полноценно не реализован даже государственный контроль (зафиксированный в законе более 20-ти лет назад). Мало того, предпринимались неоднократные попытки, в том числе и представителями государственной медицины, исключить из закона эту прогрессивную норму.

Некоторые ощутимые сдвиги в данном направлении и соответствующие оптимистические ожидания появились только в 2014 году. Правительством Российской Федерации была поставлена задача по реализации в ряде регионов страны пилотного проекта, заключающегося в создании названной службы, с предоставлением

соответствующих полномочий и рычагов влияния (письмо заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Д.Н. Козака от 08.08.2014 в адрес Главы Чувашии М.В. Игнатьева).

В настоящее время в органах государственной власти решаются соответствующие организационно-финансовые вопросы и идет активная проработка узловых проблем ее функционирования.

Неопределенная позиция Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики к проблеме создания указанной службы (непосредственно действующей на стыке интересов данных государственных структур) наглядно проявилась в его ответе на запрос регионального омбудсмана, переадресованный от федерального Уполномоченного. Так, министерством было сообщено, что оно не имеет никаких предложений, касающихся вышеперечисленных вопросов. Не хотелось бы думать о том, что «работа ведомства - сама по себе, права больных - сами по себе».

Для граждан, страдающих психическими расстройствами, пребывание в необустроенных в бытовом отношении помещениях зачастую превращается в физическое и психологическое испытание, тем более что многим из них приходится находиться в стационарах продолжительное время. Скудность и неудобства ставят под сомнение саму результативность лечения.

Экспертами утверждается, что у психически больных от длительного нахождения в стационаре развивается госпитальный синдром. Под влиянием однообразного быта, недостатка положительных эмоций, угнетения собственной активности и лечения, основанного преимущественно на длительном применении нейролептических средств, люди зачастую постепенно входят в фазу регресса личности. Вследствие этих причин часть больных вживается в роль хронически больных. В свою очередь персонал, привыкший работать в таких условиях, в рутине порой не реагирует на нарушения прав пациентов на приемлемую среду проживания, считая их второстепенными и надуманными.

Нормы международного и федерального законодательства предписывают осуществлять психиатрическую помощь в «наименее ограничительных условиях» и признают суверенность личности пациента. Однако эти важнейшие императивные предписания, в общем и целом, пока еще стали базовой установкой и руководством к действию для администрации республиканских психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов.

### **3. Международно-правовые стандарты защиты прав психически больных лиц**

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, осуществляющий мониторинг их соблюдения, в 2000 году принял Замечание общего порядка о праве на здоровье. Положения данного Замечания подразумевают, что право человека на здоровье условно содержит четыре элемента:

- наличие функционирующих учреждений здравоохранения и возможностей оказания медицинской помощи;
- доступность учреждений здравоохранения и медицинской помощи;
- приемлемость лечебных учреждений (с позиции медицинской этики) для всех категорий граждан;
- качество работы медицинских организаций.

В соответствии с положениями Всеобщей декларации прав человека и других общепризнанных международных актов лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми провозглашенными гражданскими, экономическими, социальными и культурными правами. В этих документах закреплены их права: на здоровье (подразумевающее также право доступа к услугам по реабилитации); на защиту человеческого достоинства; на участие в жизни общества; на свободу и личную неприкосновенность; на защиту от возможной дискриминации.

Что касается основных специализированных документов ООН, ратифицированных Россией, то к ним относятся следующие: Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.); Декларация о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1975 г.); Декларация о правах инвалидов (1975 г.); Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (1988 г.); Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (1991 г.); Конвенция о правах инвалидов (2008 г.). Кроме того, к ним применяется Европейская декларация по охране психического здоровья (2005 г.), содержащая соответствующий Европейский план действий.

Центральная роль в системе международных актов отводится принятым в 1991 году Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, ставшими базисом для формирования и совершенствования законодательства в области

психического здоровья во многих странах. Они устанавливают стандарты лечения и содержания пациентов в клиниках, а также служат защитой против необоснованного и недобровольного содержания людей в учреждениях подобного рода. В соответствии с Принципами, каждый человек, страдающий психическим заболеванием, имеет право полноценно жить и работать в обществе. Обстановка и условия жизни в психиатрической лечебнице должны быть приближены к условиям нормальной жизни, включать возможности для проведения досуга и отдыха, вероисповедания, получения образования, социальной и профессиональной реабилитации.

Важным международным актом явилась Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (1994 г.), на основе которой в 2010 году была принята Декларация прав пациентов в России.

Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2013 году был утвержден Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013-2020 годов, который привнес новизну в подходах к решению проблем в сфере психиатрии.

Предназначение Плана заключается в создании таких условий, в которых психическое здоровье ценится, укрепляется и охраняется, проводится профилактика психических расстройств, и в которых больные могут пользоваться правами человека в полном объеме, своевременно получать высококачественную, приемлемую медицинскую и социальную поддержку, способствующую выздоровлению, с тем, чтобы достичь наивысшего возможного уровня здоровья и принимать всестороннее участие в жизни общества и в работе, не подвергаясь стигматизации и дискриминации. Приоритетные цели Плана состоят в укреплении психического благополучия, предотвращении психических болезней, обеспечении медицинской помощи, ускорении выздоровления, снижении смертности, заболеваемости и инвалидности психически больных лиц. Вопросы соблюдения прав человека в данной сфере, влияния гражданского общества и наделения его представителей полномочиями контроля проведены в нем красной нитью.

План опирается на шесть общих принципов и подходов: всеобщий охват медико-санитарными услугами; права человека; практика, опирающаяся на фактические данные; подход с точки зрения всего жизненного цикла; многосекторальный подход; расширение прав и возможностей лиц с психическими расстройствами и с ограниченными возможностями в психосоциальном смысле.

Конвенция о правах инвалидов призвана защищать права всех инвалидов, включая лиц с психическими и интеллектуальными недостатками. Положения Конвенции определяют, что инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства.

Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста. В первую очередь это означает их право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной, и на принятие мер, предназначенных для возможности приобретения ими как можно большей самостоятельности. Они вправе в соответствии со своими возможностями заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его (ее) возраста.

Этические принципы в области психиатрии закреплены в положениях Гавайской декларации (1977 г.) и Мадридской декларации по этическим стандартам в области психиатрической практики (1996 г.), убедительно декларирующими необходимость гуманного и уважительного отношения врача к пациенту, запрет на те, или иные проявления дискриминации.

Пленумом Правления Российского общества психиатров в 1994 году был принят Кодекс профессиональной этики психиатра, основанный на гуманистических традициях отечественной психиатрии и фундаментальных принципах защиты прав и свобод человека и гражданина, и составленный с учетом этических стандартов, официально признанных международным профессиональным сообществом.



#### **4. Нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере психиатрической помощи**

Правовое регулирование порядка, условий и особенностей оказания психиатрической помощи должно быть обширным и подробным, поскольку речь идет о лицах, в большинстве случаев не способных самостоятельно защищать свои права, свободы и законные интересы.

На сегодняшний день основными федеральными нормативными правовыми актами в сфере оказания психиатрической помощи являются:

Конституция Российской Федерации от 12.12.1993;

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;

постановление Конституционного суда Российской Федерации от 27.02.2009 №4-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 379.1 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и части 4 статьи 28 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" в связи с жалобами граждан Ю.К. Гудковой, П.В. Штукатурова и М.А. Яшиной»;

постановление Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 №62 «О контроле за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений по оказанию психиатрической помощи»;

постановление Правительства Российской Федерации от 25.05.1994 №522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами»;

постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 №377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 №566-н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения";

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.01.1993 №6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы";

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 №438 "О психотерапевтической помощи";

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.1998 №108 "О скорой психиатрической помощи";

приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 11.04.1995 №92 "Об утверждении Правил "Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда";

приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13.02.1995 №27 "О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь";

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.05.2005 №370 "Об утверждении Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений";

приказ Минздрава СССР от 12.12.1980 №1270 "О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению";

постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18.09.1997 №45 «Об утверждении разъяснения «О перечислении пенсий лицам, находящимся в психиатрическом учреждении»;

приказ Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 №№133/269 "О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами";

приказ Минздрава России от 28.07.1997 №226 "О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи";

приказ Минздрава России от 06.05.1998 №148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением".

Основными федеральными нормативными правовыми актами в сфере социальной помощи инвалидам, в том числе проживающим в психоневрологических интернатах, являются:

Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Статьей 2 Конституции Российской Федерации определено, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Статья 41 Конституции Российской Федерации закрепляет право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Согласно положениям статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарным требованиям.

В статье 5 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» перечислены права психически больных лиц. Указанные лица, при оказании им психиатрической помощи, имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

пребывание в стационаре медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, только в течение срока, необходимого для оказания помощи в таких условиях;

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

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

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- и киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

В статье 37 указанного Закона перечислены права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Так, пациенту должны быть разъяснены основания и цели госпитализации в стационар, его права и установленные в медицинской организации правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в стационаре организации, оказывающей психиатрическую помощь, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки или соблюдения их прав;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, к адвокату, в государственное юридическое бюро (при наличии);

наедине встречаться с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро и со священнослужителем;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, иметь религиозную атрибутику и литературу, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;

выписывать газеты и журналы;

получать общее образование, в том числе по адаптированной образовательной программе;

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

Иными словами, психические больные лица обладают всеми правами и свободами, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами.

Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, прямо предусмотренных законом. В частности, пациенты психиатрических стационаров могут быть ограничены заведующим отделением или главным врачом (по рекомендации лечащего врача, в интересах здоровья или безопасности

пациентов и других лиц) в следующих правах: вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости; пользоваться собственной одеждой.

Согласно статье 9 Федерального 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», лица, проживающие в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания (получатели социальных услуг), имеют право на:

уважительное и гуманное отношение к себе;

получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно, а также о поставщиках данных услуг;

выбор поставщика или поставщиков социальных услуг, отказ от предоставления социальных услуг;

защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

участие в составлении индивидуальных программ;

обеспечение условий пребывания в организациях социального обслуживания, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, а также на надлежащий уход;

свободное посещение законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

социальное сопровождение согласно положениям федерального законодательства.

Законом не допускается ущемление прав и свобод психически больных лиц только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарном учреждении социального обслуживания. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов федерации.

## **5. Нормативные правовые акты Чувашской Республики в сфере психиатрической помощи**

Социальные аспекты работы по оказанию содействия гражданам, проживающим в психоневрологических интернатах, содержат следующие нормативные акты:

Закон Чувашской Республики от 19 декабря 2014 г. №84 «Об утверждении перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Чувашской Республике»;

План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения в Чувашской Республике (2013-2018 годы)», утвержденный распоряжением Главы Чувашской Республики от 28 февраля 2013 г. №49-р;

постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 25 декабря 2014 г. №475 «О социальном обслуживании граждан в Чувашской Республике»;

Государственная программа Чувашской Республики «Социальная поддержка граждан» на 2012-2020 годы, утвержденная постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 сентября 2011 г. №424;

ведомственная целевая программа «Социальная защита населения Чувашской Республики» на 2011-2015 годы, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 25 июня 2010 г. №768.

Реализация Плана мероприятий «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения в Чувашской Республике (2013–2018 годы)» призвана обеспечивать доступность и качество услуг в сфере социального обслуживания посредством повышения эффективности их предоставления. К числу основных мероприятий Плана отнесено укрепление материально-технической базы учреждений социального обслуживания и сокращение очередности на предоставление социальных услуг путем разработки и реализации региональных социальных программ, а также перспективной схемы развития и размещения стационаров социального обслуживания граждан.

Сфера психиатрической помощи населению дополнительно регулируется республиканскими нормативными правовыми актами, в первую очередь приказом Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 18.02.2013 №258 «Об

оказании медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения взрослому населению Чувашской Республики».

В 2009 году была принята Республиканская целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2010-2020 годы)», утвержденная постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 31.03.2009 №109.

Данная программа включала в себя подпрограмму "Психические расстройства", с общим объемом финансирования 166,87 млн. рублей.

Задачами подпрограммы являлись: совершенствование методов профилактики психических расстройств, реализация консультативной помощи по вопросам охраны психического здоровья; совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение бригадных форм работы в условиях стационара; внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации; строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и их оснащение современным медицинским и технологическим оборудованием.

В рамках планируемых мероприятий подпрограммы предусматривалось следующее: организация мониторинга психических заболеваний; совершенствование профилактической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, и специализированной психиатрической и социальной помощи; укрепление материально-технической базы психиатрических лечебно-профилактических учреждений; подготовка кадров психиатрической службы и общей лечебной сети.

Оценка эффективности реализации программы проводилась с учетом следующих показателей: увеличение доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 45%; снижение доли пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 15,3%; снижение средней продолжительности лечения больного в стационаре до 64 дней; снижение доли повторных в течение года госпитализаций в стационар до 20%.

Названная программа, в принципе, создавала определенные предпосылки для решения многих назревших проблем в деятельности психиатрической службы республики.

Однако, постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 17 октября 2011 г. №444 действие Республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2010-2020 годы)» было прекращено в связи с принятием Государственной программы Чувашской Республики «Развитие здравоохранения» на 2012-2020 годы.

Затем и эта программа была заменена новой - Государственной программой Чувашской Республики «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы (постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 16 мая 2013 г. №185).

Отличительной чертой данной программы явилось то, что ни в общей характеристике, ни в описании основных проблем, ни в прогнозе развития не отражены вопросы деятельности психиатрической службы. Целевые индикаторы сведены лишь к одному специализированному показателю - «Доля больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, повторно госпитализированных в течение года» (остальные показатели оказались выхолощенными). Основным мероприятием программы в этой сфере определено пространное и неконкретное «совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения».

При этом следует отметить, что прекратившая свое действие Республиканская целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2010-2020 годы)» носила более эволюционный, адресный и конкретный характер в отношении развития психиатрической службы.

По существу, в настоящее время не имеется действующей республиканской государственной или ведомственной программы в сфере психиатрии.



## **6. Из истории вопроса о состоянии дел в психиатрической службе Чувашии**

Проблемы психиатрической службы в нашем регионе становились предметом обсуждений на разных властных уровнях и, соответственно, освещались в различных публичных источниках. Так, в «Справке о состоянии психической помощи в ЧАССР», составленной научным сотрудником Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР В.А. Галкиным по итогам посещения им Чувашии, содержалась объективная картина положения дел в психиатрической службе в конце 60-х годов XX века.

Общие выводы специалиста были следующими:

Сложная ситуация с размещением пациентов не разрешается. Так, увеличение коек в больницах достигалось, прежде всего, за счет уплотнения имеющихся площадей, в палатах Республиканской больницы вместо планируемых трех коек размещалось до шести-семи, в Шихазанской больнице палаты были большими - на 10-12 больных, в коридорах устанавливались койки, были часты конфликты из-за скученности. В Ядринской психиатрической больнице больные размещались в двух каменных зданиях камерного типа, мало приспособленных для психически больных. Половина зданий Шихазанской больницы требовала капитального ремонта, во всех отделениях ощущался недостаток вспомогательных помещений, столовые одновременно служили местом дневного пребывания больных. Во всех больницах отсутствовала материальная база для организации социально-трудовой реабилитации. Стационарная психиатрическая помощь характеризовалась большим переполнением больниц, напряженным ритмом их работы и накоплением психохроников. Проблемой был недокомплект врачебных кадров. В системе социального обеспечения ЧАССР не имелось достаточного количества мест в республиканских психоневрологических интернатах, поэтому примерно от 10 до 15% больных с конечными состояниями в течение многих лет размещалось в Шихазанской больнице.

Для исправления выявленных недостатков Министерству здравоохранения ЧАССР в то же время предлагалось следующее: создать лечебно-трудовые мастерские и специальные цеха для психически больных; на территории Шихазанской больницы построить новую больницу на 500 коек.

В ходе проведенных аппаратом Уполномоченного проверок психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов

выяснилось, что и в настоящее время сохраняются некоторые, в том числе и принципиальные, проблемы, ранее отмеченные в вышеуказанной справке московского специалиста-психиатра. Сделанные им практически полвека назад выводы, в контексте прав человека, сохраняют свою актуальность и сегодня.

Так, до сего времени во всех стационарах, как и прежде, допускаются нарушения установленных норм палатной площади, а в отдельных случаях больные размещаются в коридорах. До сих пор в Шихазанах так и не построена новая психиатрическая больница. Более того, в поздний советский и постсоветский период в учреждении не велось ни строительства лечебных корпусов, ни реконструкции зданий. Нынешнее техническое состояние большинства строений таково, что требуются не просто их ремонт или реконструкция, а только снос существующих зданий и новое капитальное строительство. Палаты больницы по-прежнему такие же большие - на 10-12 больных, в коридорах стоят койки. Почти во всех отделениях ощущается недостаток вспомогательных помещений. Одна из столовых так же одновременно используется как комната отдыха для больных. В Ядринской больнице пациенты-мужчины в течение многих десятилетий размещаются в том же каменном здании камерного типа бывшей тюрьмы, изначально мало приспособленном для больных психическими расстройствами.

В стационарах и интернатах отмечается все та же недостаточность материальной базы для социально-трудовой реабилитации. В Алатырской больнице и Шомиковском интернате так и не организована социально-трудовая реабилитация пациентов. Причем во всех 4-х больницах и 6-ти интернатах республики официально трудоустроен лишь 1 человек (в Калининском интернате, на одной трети ставки). Все остальные пациенты больниц и клиенты интернатов, в нарушение трудового законодательства, работают бесплатно. По-прежнему в больницах со всей остротой стоит вопрос недокомплекта врачебных кадров. Не изжиты сложности с накоплением в стационарах психохроников. В системе социального обеспечения республики до сих пор существует достаточно большая очередь для размещения больных в психоневрологические интернаты, что ведет к ущемлению прав больных на социальное обслуживание в стационарном учреждении.

Исходя из этого, со всей очевидностью можно сделать вывод о том, что проблемные вопросы в деятельности психиатрической службы Чувашии, поднятые специалистами-психиатрами еще в 60-е годы XX века, не нашли своего разрешения до настоящего времени.

## **7. Результаты проверок соблюдения прав человека в психиатрических стационарах Чувашской Республики**

Конечной целью работы психиатрических больниц являются возвращение больного к нормальной жизни в обществе и его социальная реабилитация.

На территории нашего региона данную специализированную медицинскую помощь оказывают следующие лечебно-профилактические учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения и социального развития Чувашской Республики (министр Самойлова А.В.):

Республиканская психиатрическая больница - главный врач Макарова М.Н.;

Шихазанская межрайонная психиатрическая больница - главный врач Чердакова О.В. (в стадии присоединения к Республиканской психиатрической больнице);

Ядринская межрайонная психиатрическая больница - главный врач Кузнецов С.Д.;

Алатырская психиатрическая больница - главный врач Сафронов С.А.

Кроме этого, на базе центральных районных больниц действуют 23 кабинета участковых врачей-психиатров, являющихся структурными подразделениями диспансерных отделений психиатрических больниц по территориальному принципу распределения (все районы республики прикреплены для обслуживания к конкретной больнице).

С апреля по ноябрь 2014 года Уполномоченным по правам человека в Чувашской Республике и его аппаратом посещены стационары Республиканской психиатрической больницы, Алатырской психиатрической больницы, Шихазанской и Ядринской межрайонных психиатрических больниц (далее - больницы) с целью проверки соблюдения прав, свобод и законных интересов граждан, находящихся в них на лечении (в пределах полномочий, предоставленных омбудсмену действующим региональным законодательством).

Общий коечный фонд для психически больных в республике на 01.01.2015 составил 1200 койко-мест: в Республиканской психиатрической больнице (с обособленными подразделениями в Новочебоксарске) на момент проверки при наличии 750 койко-мест было размещено 634 пациента (ввод в эксплуатацию в 1962 году); в Алатырской психиатрической больнице (с обособленным

подразделением в селе Кувакино) при наличии 125 койко-мест был размещен 101 пациент (ввод в эксплуатацию в 2005 году); в Шихазанской межрайонной психиатрической больнице при наличии 200 койко-мест был размещен 131 пациент (ввод в эксплуатацию в 1957 году); в Ядринской межрайонной психиатрической больнице при наличии 125 койко-мест было размещено 111 пациентов (ввод эксплуатацию в 1960 году).

В Республиканской больнице функционирует фтизиатрическое отделение на 20 круглосуточных коек для психически больных лиц, страдающих туберкулезом.

Показатель обеспеченности населения психиатрическими койками в целом по республике увеличился с 9,6 (на 10 тыс. населения) в 2005 году до 9,7 в 2014 году (для сравнения в 2012 году по России данный показатель составлял 10,2). Наиболее низкую обеспеченность койками имеет Ядринская больница - 9,07 (на 10 тыс. населения).

При обходе вышеназванных лечебных учреждений больными были высказаны Уполномоченному немногочисленные жалобы на нарушения их прав на медицинское обслуживание и материально-бытовые условия.

Вместе с тем, с учетом проблем восприятия существующего положения и волеизъявления больных этой категории соблюдение их прав, свобод и законных интересов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах Чувашской Республики нельзя признать удовлетворительным.

Посещение показало, что фактическое состояние отдельных объектов данных учреждений заслуживает отнюдь не восторженных оценок. В их работе имеется ряд проблем организационного, материального, технического и кадрового характера, ограничивающих возможности реализации пациентами своих прав.

Усматриваются отступления от требований законодательства и подзаконных нормативных правовых актов. Прежде всего, это нарушения требований статьи 5 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которой все лица, страдающие психическими расстройствами, ... имеют право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, ... на оказание помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Коммунально-бытовая неустроенность в стационарах и связанная с ней невзыскательность контролирующих органов противоречат принципу гуманного отношения к пациентам.

Имеются резонные вопросы к эффективности проверок названных учреждений и принципиальности, проявленной при этом должностными лицами Минздравсоцразвития Чувашии. В 2013-2014 годах, со слов сотрудников отдела организации медицинской помощи ведомства, плановых проверок психиатрических больниц не проводилось. В 2013 году проведено 3 внеплановые документарные проверки Республиканской больницы, но нарушений выявлено не было. В 2014 году проведено 7 внеплановых документарных проверок Республиканской и Ядринской больниц (по результатам выдано 4 предписания), но какие-либо меры дисциплинарного воздействия к виновным должностным лицам не применялись.

В ходе проверок лечебниц также отмечалось отсутствие единых (универсальных) подходов (методик) к оснащению помещений для проживания больных и мест общего пользования, а также к организации материально-бытового обеспечения (в той части, которая не регламентирована ведомственными и иными нормативными актами). Нужно учесть, что любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами означает признак дискриминации, что не соотносится с общепринятыми международными стандартами в области защиты прав людей с психическими расстройствами.

Перспективы развития инфраструктуры психиатрической службы республики вряд ли отвечают создавшейся обстановке и вызовам времени. Строительство психиатрических учреждений или новых лечебных и спальных корпусов в действующих психиатрических стационарах и интернатах не запланировано.

На этом фоне положительным примером развития медицины в уголовно-исполнительной системе является ввод в эксплуатацию в 2014 году новой психиатрической больницы (на 60 психиатрических и 50 наркологических коек), построенной на базе лечебного исправительного учреждения №7 в городе Цивильске, подведомственной МСЧ-21 ФСИН России. Организация специализированного лечения и обустройство стационара больницы полностью соответствуют всем предъявляемым требованиям применительно к правам человека, что, несомненно, не замедлит сказаться на качестве психиатрической помощи, оказываемой больным осужденным.

## **7.1. Результаты проверок соблюдения прав человека в Республиканской психиатрической больнице**

Проверки Республиканской психиатрической больницы практически совпали по времени с поступлением в аппарат Уполномоченного в марте 2014 года обращения гражданина П. (ранее содержавшегося в больнице в специальном помещении для принудительного содержания под стражей испытуемых граждан) с жалобами на неправомерные действия персонала, неудовлетворительные коммунально-бытовые условия и негуманное отношение к арестованным.

В ходе изучения обстоятельств дела по данной жалобе, принятой Уполномоченным к производству, в течение апреля 2014 года больница была посещена дважды. При этом представители аппарата омбудсмена столкнулись с обилием нарушений законодательства, а именно:

в специальном помещении для принудительного содержания под стражей испытуемых граждан стационарного отделения судебно-психиатрической экспертизы (заведующий отделением Цымбалова А.Б.), именуемом администрацией больницы стражным отделением, не исполнялись установленные законом требования по размеру удельной санитарной площади в жилых камерах, что создавало арестованным лицам недостаток личного жизненного пространства (в условиях длительного содержания - до 30 суток, с процессуальной возможностью продления срока до 90 дней);

жилые камеры не приспособлены для нормального проживания, не соответствуют техническим и санитарно-гигиеническим требованиям - в камерах отсутствуют санитарные узлы (туалет, с соблюдением приватности, и умывальник с водопроводной водой), что вынуждает арестованных в ночное время справлять естественные надобности в ведро общего пользования (опорожняемое только утром), без возможности последующего мытья рук, что воспринимается прямым унижением человеческого достоинства (согласно приказу МВД России от 07.03.2006 №140-дсп вывод подозреваемых и обвиняемых из камер ночью запрещен, за исключением случаев осложнения обстановки и режима особых условий);

арестованным вообще не предоставляются предусмотренные законом ежедневные прогулки на свежем воздухе продолжительностью не менее 1 часа (для этого даже не имеется прогулочного двора);

отдельные жилые камеры для размещения испытуемых с учетом категорий арестованных, личности и психологической совместимости, а

также под карантин отсутствуют, из-за чего в одной камере проживали лица, которые подлежали обязательному раздельному содержанию (в частности, в нарушение закона допускалось совместное содержание сотрудника полиции с другими подозреваемыми и обвиняемыми);

наличие коек (мест) для женщин нормативно не предусмотрено, что означает отсутствие правовых оснований для их содержания в стражном отделении (на момент проверки в камере содержалась одна женщина);

отдельный изолированный вход (оборудованный техническими и защитными средствами) для конвоирования поступающих в отделение лиц не имеется (конвой вынужден вести арестантов непосредственно через помещения стационара);

доступ арестованных к естественному свету ограничен, поскольку оконные проемы жилых камер, мало того, что конструктивно были небольшими по размеру, так еще и блокировались двойным полупрозрачным остеклением (в дополнение к металлической решетке), что препятствовало поступлению света и уличного воздуха; общая освещенность камер, в том числе и из-за неработоспособности отдельных светильников, была недостаточной для чтения и недопущения нарушений зрения; стены камер были выкрашены красками темных тонов; воздухообмен в камерах был явно недостаточен;

отдельное оборудованное помещение для проведения свиданий испытуемых с их законными представителями и родственниками отсутствовало; свидания проводились в общем проходном помещении без каких-либо барьеров и иных физических ограничений, предусмотренных специальными требованиями;

в жилых камерах не устанавливались скамейки (по количеству содержащихся лиц), шкафы для продуктов, вмонтированные в стену зеркала, полки для туалетных принадлежностей; бачки для питьевой воды (с подставкой), отсутствовали тазы для гигиенических целей и стирки одежды;

в душевой длительно сохранялась сырость из-за неработоспособности вентиляции;

жилые камеры не были оснащены кнопками для вызова дежурного на случай чрезвычайных происшествий, средствами радиовещания и информационными стендами со сведениями о правах и обязанностях подозреваемых и обвиняемых; арестованные не обеспечивались изданиями периодической печати;

вопросы организованной сушки постиранного арестованными белья и бесплатного обеспечения их индивидуальными средствами

гигиены (мыло, зубная паста, зубная щетка, одноразовая бритва, туалетная бумага и т.п.) не решались;

отдельные правила внутреннего распорядка для стражного отделения (специализированного объекта) не были разработаны;

разграничение ведомственной компетенции лечебного учреждения и органов внутренних дел по большинству вопросов работы отделения и применения к арестованным установленных законодательством ограничительных мер (например, контроля соблюдения режимных требований, материально-бытового обеспечения, приема и выдачи передач, направления предложений, заявлений и жалоб, контроля переписки (цензуры), участия в семейно-правовых отношениях и гражданско-правовых сделках, осуществления свиданий с защитником и иными лицами и т.п.) нормативно не было закреплено.

Изучение ведомственных документов, регламентирующих деятельность отделения, показало, что они были изданы Минздравом Чувашии и МВД Чувашии еще в 1997-1998 годах, и с тех пор не изменялись. Причем, они касались исключительно темы, собственно, создания стационарного отделения судебно-психиатрической экспертизы. Иных актов, в том числе совместных, по вопросам взаимообусловленных интересов не принималось. Следовательно, не выработана единая позиция Минздравсоцразвития Чувашии и МВД по Чувашской Республике относительно правового регулирования вопросов функционирования стражного отделения.

Возвращаясь к жалобе гражданина П. (бывшего сотрудника органов внутренних дел), не лишним было бы отметить, что ввиду его категорического несогласия с содержанием в камере совместно с другими арестованными, ситуация была доведена до протестной акции (объявления им голодовки).

В отделении принудительного лечения в стационарных условиях Республиканской психиатрической больницы (общего типа на 60 коек, для содержания по решению суда лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших преступления) также были выявлены нарушения. Они заключались в следующем:

минимальный размер площади психиатрического стационара общего типа, установленного соответствующими СанПиН, и нормативы площади палатных помещений, приходящейся на одного больного, не соблюдались, что приводило к большой тесноте;

стены, полы и потолки требовали текущего ремонта;

помещения отделения не обеспечивались новой мебелью;



норматив площади столовой для пациентов не выдерживался, что приводило к трехсменному режиму приема пищи (при двухсменном, нормативно максимально допустимом);

пропускная способность в местах помывки больных была низкой, недоставало унитазов в туалете, отсутствовала приватность в туалетных и душевых комнатах (не было необходимых разделительных перегородок);

пациентам для прогулок выдавались камуфлированные куртки, идентичные форме сотрудников правоохранительных органов, ношение которых вводило окружающих в заблуждение относительно принадлежности больных к силовым структурам.

Контрольное посещение больницы Уполномоченным в июле 2014 года показало, что ряд ранее отмеченных нарушений требований нормативных актов в стражном отделении продолжал иметь место. Положительных изменений почти не произошло. Вопреки ожиданиям, часть выявленных недостатков, не требующих значительных материальных затрат, не устранялась и определенная дискриминация арестованных сохранялась.

В специальном помещении для принудительного содержания под стражей испытуемых граждан по-прежнему не исполнялись положения федерального законодательства: не обеспечивалось отдельное содержание арестованных; недоставало жилых камер для соблюдения всех нормативных предписаний; в камерах не был оборудован санитарный узел; не отремонтирована вентиляция; не решены вопросы бесплатного обеспечения арестованных индивидуальными средствами гигиены и организованной сушки белья; подстражные лица, как и прежде, были лишены прогулок на свежем воздухе. В условиях полного отсутствия ежедневных прогулок арестованных, с оконных проемов жилых камер так и не было снято органическое стекло, препятствующее притоку воздуха. В нарушение нормативных требований все еще не устанавливались шкафы для продуктов питания, настенные зеркала и полки для туалетных принадлежностей.

Кроме того, администрацией лечебного учреждения не изучалась возможность минимизации сложностей быта и принятия временных компромиссных решений по обустройству объекта для создания относительно цивилизованных условий. Например, не прорабатывался вопрос установки мини-биотуалетов в жилых камерах на ночь. Испытуемые лишались уединения при отпавлении физиологических потребностей и, по-прежнему, были вынуждены в течение всего ночного времени вдыхать неприятные запахи от экскрементов.

В совокупности все эти, мягко говоря, санитарно-бытовые неудобства становились для арестантов источником сильного эмоционального напряжения и сопутствующим фактором для возможного причинения ущерба душевному здоровью.

Сложившееся в больнице негативное состояние дел с размещением арестованных (в том числе и поступающих из других регионов) не соответствовало положениям Федеральных законов «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Сохраняющаяся ситуация недопустима, поскольку противоречит принципам гуманного отношения к пациентам, чья вина в совершении преступлений еще не доказана, но они вынуждены находиться в бытовых условиях, умаляющих человеческое достоинство.

В этой связи не будет преувеличением сказать, что подобные унижительные условия содержания арестантов Европейским Судом по правам человека и авторитетными международными правозащитными организациями приравниваются, не иначе как, к пыточным.

Если принять во внимание устойчивый характер серьезных нарушений законодательства РФ, имеющих место в стражном отделении, то по формальным признакам оно, безусловно, подлежит закрытию.

В то же время, прекращение работы данного отделения, тесно связанной с интересами Следственного комитета РФ (более половины проводимых экспертиз), МВД России (не менее четверти экспертиз) и ФСКН России, может привести к вполне осязаемым негативным последствиям в правоохранительной сфере. К их числу относятся несоблюдение разумного срока уголовного судопроизводства, нарушение прав потерпевших на скорейшее привлечение виновных лиц к уголовной ответственности, увеличение сроков содержания под стражей обвиняемых, в отношении которых имеется необходимость проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы и т.д.

Для поиска путей выхода из создавшейся ненормальной ситуации по инициативе Минздравсоцразвития Чувашии была сформирована межведомственная рабочая группа с участием омбудсмена и представителей правоохранительных органов. Однако несколько заседаний группы не принесли каких-либо ощутимых организационных результатов из-за трудности определения зон ответственности и противопоставления позиций ведомств. Кроме того, были неясны конкретные возможности бюджетного финансирования реконструкции

существующего или подбора другого здания для размещения испытуемых и его оборудования в соответствии с требованиями федерального законодательства.

Лишь только в ноябре 2014 года появились отдельные признаки перспектив решения вопроса. По поступившей информации, принято принципиальное решение о перемещении стационарного отделения судебно-психиатрической экспертизы со 2-го на 1-ый этаж, в привязке с проведением ремонта помещений, перепланировкой и оборудованием палат, устройством прогулочного двора. По полученным сведениям, прорабатывается вопрос выделения на эти цели в 2015 году из регионального бюджета суммы в 8,1 млн. рублей. Звучит многообещающе. Будут ли являться эти управленческие решения толчком к разрешению долгоживущей проблемы, покажет время. Сомнения все же есть.

Затянутое в бюрократические проволочки установление на законодательном уровне правового статуса данного «места содержания под стражей» также не может не вносить свой элемент неопределенности в разрешение проблемы.

В настоящее время наболевший вопрос судьбы стражного отделения остается открытым и требующим его перевода из плоскости намерений в формат «не закопанных в бумагах» конкретных результатов.

Для сведения, в ходе ведомственного разбирательства, инициированного региональным омбудсменом, было установлено, что ответственные должностные лица Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики к обращению гражданина П. отнеслись безучастно. Изучение ситуации на месте ими не было проведено. Без проверки обоснованности конкретных претензий автора жалобы в адрес Уполномоченного министерством был направлен «ответ-отписка» о соответствии помещений больницы санитарным требованиям и отсутствии нарушений прав заявителя.

Однако по итогам служебной проверки за формальный подход к рассмотрению жалобы гражданина на неудовлетворительные условия содержания один из заместителей министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики был привлечен к дисциплинарной ответственности.

Данная жалоба не была единственной. В апреле-мае 2014 года в адрес Уполномоченного поступило еще два аналогичных обращения, что свидетельствует о том, что люди задумались о нарушениях своих конституционных прав и предпринимают хоть какие-то попытки найти справедливость.

## **7.2. Результаты проверок соблюдения прав человека в Шихазанской, Алатырской, Ядринской психиатрических больницах и новочебоксарских подразделениях Республиканской психиатрической больницы**

Практикой доказано, что эффективность оказания психиатрической помощи не в последнюю очередь зависит от развитости инфраструктуры больниц и потенциала материально-технической базы. Использование не в полной мере приспособленных для целей психиатрии зданий и их адаптация под специфические задачи учреждений не могут обеспечить создание достойных условий для пребывания пациентов.

Существенными компонентами лечебно-реабилитационного процесса в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах являются их архитектура, внутреннее устройство, организация пространства, наличие у больных возможностей для проведения досуга и удовлетворения физиологических, культурных, эмоциональных и бытовых потребностей.

В вопросах функционирования, оборудования и оснащения всех психиатрических больниц Чувашии имеются проблемы, непосредственным образом влияющие на создание пациентам гуманных условий для их нормального проживания и качественного лечения, выздоровления и реабилитации. По некоторым позициям сложившееся положение дел нельзя назвать иначе как «кричащим».

Это находит свое выражение в том, что ряд насущных вопросов в части жилищно-коммунального и материального обеспечения, соблюдения строительных и санитарно-гигиенических норм, а также противоэпидемического режима в силу объективных и субъективных причин не решается годами. Планировка и обустройство тех или иных помещений всех названных больниц по различным параметрам не соответствуют СНиП и СП, включая критерии оснащенности, доступности и безопасности.

Недостаточно активно проводятся работы по созданию условий для комфортного пребывания пациентов. Вследствие этого психически больные страдают от всевозможных неудобств и трудностей в бытовом плане.

Соблюдение же соответствующих санитарных норм и правил является должностной обязанностью администрации лечебно-профилактических учреждений, которая не всегда исполняется надлежащим образом.

### **Качество зданий и сооружений.**

Проблемы создания приемлемых условий проживания больных, размещенных в Шихазанской, Алатырской и Ядринской больницах, проистекают из технического состояния зданий и сооружений. Качество отдельных больничных строений вызывает много справедливых и обоснованных нареканий. По всем объективным признакам они должны быть причислены к аварийным, либо приближающимся к таковым.

Наглядным негативным примером является материальная база Шихазанской больницы, которая давно находится в бедственном положении. Износ большинства больничных построек и некоторых инженерных сетей (коммуникаций) превышает все разумные пределы. Часть деревянных зданий и строений (постройки, начиная с 1918 года), в первую очередь зданий соматогериатрического отделения и приемного покоя представляет собой ветхие сооружения. При существующей тенденции неотвратимого разрушения зданий больницы поддерживающий ремонт уже в ближайшем будущем будет лишен экономического смысла по причине все возрастающей стоимости требуемых финансовых затрат.

Ядринская больница располагается в здании бывшей тюрьмы постройки XVIII века, являющемся объектом культурного наследия регионального значения (памятником градостроительства и архитектуры), подлежащим охране со стороны государства. Острой является проблема капитального ремонта, особенно кровли, нынешнее состояние которой не соответствует строительным требованиям. С наружных стен здания продолжает отваливаться штукатурка, отслаиваться краска, плесневой грибок разъедает цементное покрытие, постепенно прогнивают полы в помещениях. Запас прочности сооружения неумолимо иссякает. Непринятие срочных мер по ремонту способно привести к ускоренному разрушению здания.

В основном подразделении Алатырской больницы одной из насущных задач является поддержание строений в работоспособном состоянии (главное здание построено еще в XIX веке). В обособленном подразделении бросается в глаза удручающий внешний вид здания лечебного учреждения. Идет активный процесс порчи стен больницы, в которой также размещены станция скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерский пункт.

### **Обеспеченность жилой площадью.**

С точки зрения медицинских специалистов, жизненное пространство пациентов имеет самостоятельную терапевтическую нагрузку.

Так сложилось, что установленные санитарно-гигиенические нормативы палатной площади, составляющие 6 кв. м. на 1-го пациента, не соблюдаются ни в одном психиатрическом стационаре региона. В Республиканской больнице средняя удельная площадь составляет 4,2 кв. м., в Шихазанской больнице - 3,54 кв. м., в Ядринской больнице - 4,4 кв. м. (для мужчин) и 4,95 кв. м. (для женщин), в Алатырской больнице - 5,2 кв. м. Для сравнения, норма жилой площади в лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы составляет 5 кв. м. на 1-го больного, которая выдерживается на практике.

Физическое размещение включает в себя не только пространство в палате, но и доступ к источнику света и к свежему воздуху.

Во всех больницах до сих пор преобладают многоместные палаты (с отсутствием дверей и невозможностью уединиться), которые в свое время создавались таковыми под влиянием соображений иного порядка (вероятнее всего для удобства персонала и без учета потребностей пациентов). Процент имеющихся одно и двухкоечных палат в больницах не соответствует нормативу - в каждой секции отделений должны быть палаты на 1 или 2 койки (из расчета не менее 60% палат) и палаты на 4 или 5 коек.

Львиная доля площади в палатах занята кроватями, практически нет места для мебели. Эти нарушения наблюдаются практически повсеместно, и многие пациенты продолжают проживать в неблагоприятных условиях, что накладывает негативный отпечаток на процесс выздоровления.

Нормы площадей палат в общепсихиатрическом отделении №1, в противотуберкулезном и соматогериатрическом отделениях и в отделении принудительного лечения специализированного типа Шихазанской больницы не соблюдаются. В отделении принудительного лечения некоторые больные размещаются в коридорах (на момент проверки было установлено 8 кроватей). Наполнение данного отделения превышало установленный лимит (вместо 50 размещалось 55 человек), что приводило к значительной скученности (койки сдвигались, был затруднен доступ пациентов к постели).

В основном подразделении Алатырской больницы отмечена уплотненность, как в мужских, так и в женских палатах. В Ядринской больнице не соблюдался норматив палатной площади в женском отделении, из-за чего в некоторых палатах тесно. Одна из палат мужского отделения организована в проходной секции.

Уплотненное размещение пациентов в палатах может способствовать распространению внутрибольничных инфекций и повышению риска травматизма, являясь грубейшим нарушением

установленных санитарных норм и прав граждан на достойные условия проживания. Часть больных, находящихся в психиатрических учреждениях и не нуждающихся в дальнейшем стационарном лечении, дожидается перевода в психоневрологические интернаты (в которых постоянно недостает мест) либо в специальные общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами и утративших социальные связи (которые еще не созданы).

Отдельные пациенты, содержащиеся в стационарах, не имеют ни родных, ни близких, ни жилья. Но поскольку эти лица страдают серьезными заболеваниями, то их не принимают в обычные учреждения для престарелых и инвалидов (интернаты общего типа), в связи с чем им приходится длительное время пребывать в лечебнице. Подобные пациенты признаются оказавшимися в трудной жизненной ситуации и «по социальным показаниям» остаются в психиатрических больницах, как в приютах.

Все это приводит к невыполнению требований Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», согласно которым все лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на содержание в стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

Таким образом, нахождение пациентов в психиатрической лечебнице при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению противоречит принципу добровольности обращения за медицинской помощью и должно пониматься не иначе, как нарушение их конституционных прав.

При этом не дается объективная оценка необоснованным материальным затратам, поскольку из оборота выпадает часть коечного фонда, увеличиваются финансовые расходы на содержание названной категории больных и снижается доступность стационарного лечения для других, остро нуждающихся в нем лиц.

Сохраняющаяся общая тенденция старения населения и рост числа больных с сочетанной психиатрической и соматической патологией предполагают активизацию работы по созданию геронтопсихиатрических и психосоматических отделений на базе психиатрических больниц, выполняющих одновременно функции хосписов, что позволит сократить сроки пребывания больных на специализированных койках.

### **Состояние инфраструктуры.**

В хронический пассив республиканской психиатрической службы можно занести проблему отсутствия системы канализации и очистных

сооружений в Шихазанской больнице. Выгребные ямы на всех объектах учреждения, используемые на протяжении десятилетий, выглядят сегодня как неизжитый анахронизм и отголосок прежнего равнодушного отношения к правам пациентов. Как мы понимаем, это не имеет ничего общего с нашими представлениями о человеческом отношении к больным людям.

Проведение внутренних ремонтных работ в палатах Алатырской больницы, со сроком исполнения в 1-ом квартале 2015 года, жестко предписано территориальным подразделением Роспотребнадзора.

По причине несоответствия числа секций радиаторов отопления объему помещений в палатах новочебоксарского отделения №6 не соблюдался температурный режим, что вынуждало пациентов дополнительно утепляться. Деревянные окна в палатах разошлись, из-за чего, несмотря на проклейку щелей, от окон в помещения поступает холодный воздух. В помещениях новочебоксарского отделения №7 весной 2014 года был проведен капитальный ремонт, однако ввиду недостаточности выделенного финансирования старые деревянные окна не были заменены на пластиковые.

Банно-прачечному комплексу Шихазанской больницы требуется немедленный текущий ремонт. Приходят в полную негодность оконные блоки в ряде палат стационара больницы.

Проблематичным остается вопрос вентилирования помещений лечебных учреждений, что заметно ухудшает их микроклимат. В спальнях корпусов и банно-прачечных блоках Алатырской и Шихазанской больниц, в новочебоксарских подразделениях, а также в банно-прачечном блоке Ядринской больницы отсутствуют системы приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, что не отвечает санитарным нормам. Администрация Ядринской больницы затягивает решение вопроса выделения оборудованного помещения для курения пациентов.

### **Оснащенность мебелью.**

Серьезные претензии должны предъявляться к мебелировке помещений больниц. В отделениях и палатах не хватает столов, стульев и прикроватных тумбочек. В части проверенных палат практически отсутствовала какая-либо мебель, кроме кроватей. Как правило, одна тумбочка для личных вещей, приходится на двух человек (в лучшем случае). Персональные шкафчики (тумбочки) в стационарах, судя по всему, не предусмотрены. По этой причине пациенты хранят некоторые личные вещи в непригодных местах - под подушкой или под матрасом. Кроме того, подлежит решению вопрос закрепления



тумбочек к стенам в виде нетравмирующих конструкций в палатах для отдельных категорий больных.

Имеющаяся же мебель не всегда поддерживается в удовлетворительном состоянии. В некоторых палатах Алатырской больницы используются деревянные кровати и прикроватные тумбочки, давно выработавшие свой ресурс. Срочное обновление мебели необходимо в Шихазанской больнице, где в отдельных палатах вместо стульев установлены скамейки грубого исполнения, не хватает шкафов для размещения книг и печатных изданий. Во всех палатах обособленного подразделения Алатырской больницы вместо индивидуальных тумбочек (либо общих шкафов) установлены узкие мебельные пеналы на 5 ячеек, но при этом в ряде палат размещалось больше 5-ти пациентов. Дверки и ящички палатных тумбочек во всех больницах не запираются на мебельные замки (для обеспечения сохранности имущества).

В Шихазанской больнице оснащенность мебелью, адаптированной к нуждам и запросам инвалидов в соответствии с ограничениями их жизнедеятельности, составляет лишь 70% от нуждаемости.

До сих пор в новочебоксарском отделении №6 и в Ядринской больнице применяются довольно старые металлические кровати с продавленной панцирной сеткой, из-за чего больным неудобно на них размещаться.

### **Состояние внутреннего убранства.**

Приказ Минздрава России от 11.04.1995 №92, регламентирующий правила устройства и оборудования психиатрических больниц, предписывает стеклить окна в психиатрических отделениях из специального небьющегося стекла и запрещает использовать металлические решетки. В нарушение данных требований окна многих палат стационаров зарешечены. Да и сам вид решеток вряд ли способствует появлению положительного настроения больных относительно их свободы.

Вызывает недоумение снисходительное отношение администрации Алатырской и Шихазанской больниц, а также новочебоксарских подразделений к существованию в палатах унылой, примитивной и казарменной обстановки, совершенно не способствующей выздоровлению пациентов и приводящей к их эмоциональной недостаточности. По всей видимости, этот немаловажный аспект лечения просто ускользает от внимания врачебного персонала и контролирующих органов.

Оборудование большинства палат Алатырской, Ядринской и Шихазанской больниц, новочебоксарского отделения №6 характеризуется полным отсутствием на оконных проемах карнизов и занавесок.

Внутренняя отделка многих помещений больниц выполнена с позиции максимального упрощения, не отвечая требованиям эстетики. Наиболее типичная картина - голые стены. Стены, как палат, так и помещений общего пользования даже простейшим образом не декорированы, художественно не оформлены. Не применяются элементы убранства, хоть как-то влияющие на создание уюта. Общий интерьер очень скуден, не отличается разнообразием, что не соответствует правилам терапии окружающей обстановкой, предусмотренным стандартами оказания медицинской помощи. Аргументация персонала относительно возможных вандальных действий больных не выдерживает критики, поскольку основная их масса не проявляет агрессии, а часть пациентов находится в стадии излечения.

Все помещения отделений и их оборудование должны быть приспособлены к наиболее безопасному содержанию больных. Однако, стены некоторых коридоров (путей эвакуации) спальных корпусов Шихазанской больницы, в нарушение противопожарных требований, выкрашены масляной краской.

В палатах мужской секции новочебоксарского отделения №6 слабая освещенность не позволяет больным читать. Дежурное освещение в палатах дает излишне яркий свет, что в ночное время действует на них раздражающе.

Правильно оформленные информационные стенды и содержащие все необходимые выдержки из законов, актуальные сведения о правах и обязанностях пациентов, перечни и адреса организаций, куда можно обратиться с жалобами, имеются не во всех отделениях больниц.

### **Санитарные узлы.**

В большинстве психиатрических стационаров пациенты не могут ежедневно принимать душ, а также отправлять свои естественные надобности в условиях уединения. Санитарные удобства в больницах можно характеризовать как стесненные: в ряде отделений на 30-40 человек приходится лишь один туалет с 2 - 3 унитазами; в Шихазанской и Ядринской больницах ощущается общий недостаток санитарно-технического оборудования (унитазов и умывальников); в туалетах Шихазанской и Ядринской больниц, а также в мужском туалете новочебоксарского отделения №6 не обеспечивается приватность из-за

отсутствия разделительных перегородок; в Шихазанской больнице не подведено горячее водоснабжение к двум умывальникам, не предусмотрены электрополотенца (разовые полотенца) возле умывальных раковин в туалете.

В туалетных комнатах и вспомогательных помещениях обоих отделений Ядринской больницы отсутствовали умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями (имелась только холодная вода). Санитарные узлы не были обеспечены средствами для мытья рук и туалетной бумагой. По причине отсутствия централизованно выдаваемых средств личной гигиены пациентам приходилось пользоваться собственными приобретенными.

В основном подразделении Алатырской больницы ванная комната требует текущего ремонта и дооснащения. Администрация отделения из-за отсутствия специально оборудованного помещения для курения, «не мудрствуя лукаво», в ванной одновременно разместила и общую курилку для больных. Причем для окурков используется ведро с надписью «1-ое блюдо». После проветривания помещения и притока холодного воздуха нормально мыться там просто невозможно.

Пациенты новочебоксарского отделения №6 также моются в некомфортных температурных условиях, но уже по причине проблем с отоплением.

В отличие от исправительных учреждений и следственных изоляторов уголовно-исполнительной системы, в туалетах которых устаревшие, неудобные в пользовании, напольные чаши «Генуя» заменены на унитазы, в санитарных узлах Шихазанской больницы они по-прежнему существуют, создавая больным повседневные физиологические сложности.

Циркуляция воздуха в санитарных узлах больниц явно недостаточна, что порождает закономерные вопросы к работе систем вентилирования помещений.

Алатырская больница не обеспечена в соответствии с потребностью резервными источниками горячего водоснабжения в виде электрических водонагревателей.

### **Питание пациентов и работа пищеблоков.**

Стоимость содержания 1 человека в месяц значительно отличается в разрезе больниц. Месячное содержание одного больного в Республиканской больнице в 3 квартале 2014 года составило 4778 рублей, тогда как в Алатырской больнице всего 3231 рубль.

Стоимость питания в стационарах так же сильно дифференцируется. Если в Шихазанской больнице стоимость питания

1-го пациента в день в 2014 году составила 90 рублей (в 2013 году - 110 рублей), в Алатырской больнице - 34 рубля (в 2013 году - 40,8 рублей), то в Ядринской больнице - лишь 32,9 рубля (в 2013 году - 31,4 рубля).

Данный ценовой разброс не поддается логическому объяснению. В этой связи было бы уместным все же разобраться с существующим порядком установления конкретной стоимости питания пациентов и внести в него элементы централизации регулирования. Кроме того, весьма сомнительно, что сумма 32,9 рублей в день может обеспечить соответствие пищевого рациона больного разнообразию, сбалансированной калорийности и нормам здорового питания? Может ли такое питание способствовать лечебному процессу? Выглядит странным, что лежащая на поверхности проблема скудного питания больных не вызывает никакой обеспокоенности со стороны должностных лиц - организаторов здравоохранения, призванных по роду деятельности следить за соблюдением прав пациентов.

Проводя некоторые параллели, отмечу, что суточная стоимость питания осужденных (здоровых людей) в исправительных учреждениях Чувашии в 2014 году в среднем составила 63,3 рублей, в психиатрической больнице при ЛИУ-7 - 67,5 рублей. Думается, что комментарии излишни.

Не преодолены сложности в работе пищеблоков больниц. Часть кухонной мебели подлежит замене. В столовой Шихазанской больницы не соблюдается норматив площади. Моечные ванны не были подсоединены к канализации, из-за чего излив сточных вод осуществлялся непосредственно на пол. В буфетах четырех отделений отсутствовали моечные ванны для мытья столовой посуды, в буфете отделения принудительного лечения отсутствовала двухсекционная мойка для мытья посуды и не предусмотрена сушилка. В новочебоксарском отделении №6 площадь столовой недостаточна, поэтому часть столов (причем, ничем не огороженных) размещена за пределами столовой в коридоре. Ряду помещений столовой основного подразделения Алатырской больницы необходим ремонт, в пищеблоке отсутствовала душевая для персонала, спецодежда работников хранилась совместно с личной повседневной одеждой, в обеденном зале обособленного подразделения больницы не выполнено декоративное оформление стен. Непосредственно в овощном цехе столовой Шихазанской больницы персоналом для своей помывки использовалась неизолированная душевая. На складе столовой обособленного подразделения Алатырской больницы мешки с крупами были размещены не на стеллажах, а на поддонах, что не соответствует санитарно-гигиеническим требованиям.

### **Помещения для встреч с родственниками.**

При психических заболеваниях привлечение родственников к лечению и реабилитации должно рассматриваться как само собой разумеющееся, поскольку оно давно оправдало себя на практике. Сохранение контактов с внешней средой - одно из базовых прав, которое должно соблюдаться в отношении лиц, лишенных свободы или ограниченных в ней. Полная изоляция, естественным образом, отрицательно сказывается на процессе выздоровления пациентов.

Во всех психиатрических больницах республики, несмотря на предпринимаемые попытки изменения ситуации, до сих пор не изжита атмосфера избыточного административно-запретительного отношения к больным, и без того страдающим от своего недуга. При этом такие ограничения в подавляющем большинстве вызваны не мерами санитарно-противоэпидемического или медицинского характера, а не совсем понятным, с позиции здравого смысла, отношением администрации стационаров к созданию пациентам условий для расширения их социальной активности.

В Шихазанской больнице отсутствует специально отведенные комнаты для встреч пациентов с родными и близкими. В других учреждениях они имеются, однако степень оснащения комнат (для создания уюта, обеспечения мебелью, кулерами, элементами декора, информационными стендами) оставляет желать лучшего, в частности в обособленном подразделении Алатырской больницы.

В новочебоксарском отделении №6 в помещении для встреч с родственниками вместо стульев и мягкой мебели установлены кушетки без спинок. Графиком приема посетителей введены необоснованные ограничения на встречи с родственниками (лицами, являющимися прямыми союзниками в исцелении больных) - они осуществляются только по субботам и воскресеньям. Прием передач пациентам также сокращен - производится только три дня в неделю. Все это противоречит Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи.

Проверки других больниц показали, что в целом отсутствует единообразный подход к установлению порядка посещения пациентов, как по времени, так и по условиям встреч.

Оборудованное помещение для встречи больных с родственниками в новочебоксарском отделении №7 вообще отсутствует. В качестве временной имитации используется часть проходного коридора на входе в отделение, где имеются лишь стол и скамейка. Кроме того, это не обеспечивает предусмотренной законом

конфиденциальности контактов пациентов с посетителями, в том числе с адвокатами, нотариусами и священнослужителями.

В психиатрических больницах ограничен доступ больных к телефонной связи. Законом, действительно, допускается ограничение в пользовании телефоном в интересах здоровья и безопасности пациентов и других лиц. Однако, основания для такого ограничения, определение условий доступа и алгоритм действий администрации подзаконными правовыми актами не урегулированы. По существу, это дает возможность персоналу для вольного применения норм закона с целью изыскания различных, в том числе, и надуманных поводов для отказа в удовлетворении просьбы больного. Важно, кроме того, заметить, у пациентов фактически нет возможности разговаривать по телефону в условиях конфиденциальности.

При этом, больничным персоналом прекрасно осознается, что поддержание пациентами отношений с родными и близкими является, чуть ли, не доминирующей их эмоциональной жизненной потребностью. И все же напрашивается вопрос - так все ли делается администрацией стационаров для недопущения разрыва семейных и социальных связей психически больных лиц?

### **Помещения для дневного пребывания больных.**

В условиях длительного нахождения в стационаре для больных исключительно важно иметь возможность проводить время вне палаты. Однако, вопреки установленным требованиям, пациенты не могут реализовать свое право на полноценный отдых. В Алатырской, Шихазанской и Ядринской больницах отсутствуют специально выделенные комнаты для дневного пребывания.

Традиционно используемые вместо них проходные фойе, холлы и коридоры все-таки извращают суть предназначения этого сопутствующего компонента лечения. В Шихазанской и Алатырской больницах данные комнаты не оснащены аудио- и видеотехникой. Помещения отдыха и досуга новочебоксарских подразделений (за исключением одной комнаты), практически не оборудованы мягкой мебелью, шкафами для хранения книг и журналов, не обеспечены настольными играми. В обособленном подразделении Алатырской больницы зона отдыха находится в коридоре и требует дооснащения мебелью. Телевизор, установленный высоко на стене, не позволяет нормально просматривать телевизионные передачи. Многие помещения отдыха и досуга всех больниц не обеспечены элементами фитодизайна - цветочными композициями, искусственными и живыми цветами, горшечными растениями, способствующими созданию приятной

обстановки и условий для созерцания. Соответствующие условия для чтения (достаточное освещение, уединение, удобство) не создаются.

### **Палаты для уединения.**

Типологические особенности личности не учитываются при лечении, поскольку во всех больницах отсутствуют специальные палаты для уединения. Причем право пациентов на уединение не только не может быть ими реализовано, но оно даже не актуализируется в сознании персонала. Причина сложилась исторически - большинство психиатрических стационаров России построено в советский период, когда основное внимание при строительстве уделялось обеспечению изоляции и возможности прямого наблюдения за пациентами. Это являлось результатом догматических, в тот период, представлений о желаемой организации психиатрической помощи и специфике эффективного лечебного процесса. Иные аспекты, необходимые для успешной реабилитации больных, не учитывались, а уединение пациентов открыто искоренялось. Данные принципы сегодня признаны ошибочными. Тем не менее ситуация в больницах республики в этом вопросе в лучшую сторону не меняется.

### **Помещения для отправления религиозных обрядов.**

Права больных на вероисповедание, отправление религиозных обрядов и соблюдение религиозных канонов, нарушаются. Так, в обоих подразделениях Алатырской больницы, в Шихазанской больнице и в новочебоксарских подразделениях отсутствуют молельные комнаты. Об учете интересов верующих лиц различных религиозных конфессий речь даже не идет.

### **Специальные помещения.**

В психиатрических стационарах не было замечено четко регламентированного разделения специализированных помещений на изоляторы (для защиты пациентов от инфекций), карантин (для первоначального размещения больных) и наблюдательные палаты (для безопасности пациентов и окружающих лиц). Для этих целей используются практически одни и те же помещения, но в разном функциональном предназначении (в зависимости от возникшей необходимости). В Шихазанской и Ядринской больницах наблюдательные палаты имеются не в каждом отделении. В Алатырской, Шихазанской и Ядринской больницах отсутствуют изоляторы.

### **Территория больничных дворов, предоставление прогулок.**

Известно, что места для прогулок больных должны отвечать целям выздоровления и реабилитации. Проверки показали, что свободная от застройки и транспортных путей территория больниц должным образом не обустроивается и не озеленяется.

Вопрос предоставления больным ежедневных прогулок в новочебоксарских подразделениях не решается, что нарушает права пациентов. Так, порядок осуществления прогулок нормативно не установлен, территория больничного двора не огорожена забором, не зонирована и не благоустроена, отсутствуют пешеходные дорожки, площадки для прогулок пациентов, беседки и скамейки.

Это может лишний раз свидетельствовать о том вопиющем факте, что большинство больных, попросту не выходит из стен здания на прогулки. Пациентам приходится в течение длительного времени находиться в условиях замкнутого пространства, без возможности смены впечатлений. Фактически больные закрыты в стационаре от внешнего мира. Для справки - даже лицам, заключенным под стражу, в обязательном порядке предоставляются ежедневные прогулки на свежем воздухе.

Во внутренних дворах больниц отдельные места для курения не ограждаются в соответствии с нормативными требованиями.

В отрицательном плане также отличается Алатырская больница, в основном подразделении которого не обустроен внутрибольничный двор, территория не облагорожена, нет беседок для прогулок. Для решения этой задачи не используются потенциальные возможности лечебно-трудовой терапии. В обособленном подразделении больницы территория заброшена, совершенно не обустроивается и не изолируется - забор построен только частично, нет контрольно-пропускного пункта, проход для посторонних остается свободным.

Ядринская больница, можно считать, не обеспечена верхней одеждой и обувью по сезону для пациентов на время прогулок. В худшем положении с наличием одежды находятся одинокие и малоимущие пациенты, которые не могут рассчитывать на материальную помощь извне. Как в этих условиях больными могут осуществляться прогулки?

Спортивные площадки на территории Алатырской, Шихазанской и Ядринской больниц отсутствуют, имеются сложности со спортивным инвентарем, что не позволяет полноценно проводить физкультурно-оздоровительные мероприятия.



### **Безопасность больных.**

На администрацию психиатрических стационаров законом возложены обязанности по обеспечению безопасности больных. Однако контролирующими органами не предъявляются надлежащие требования к режиму и надзору в лечебных учреждениях в условиях наличия массы больных со слабо прогнозируемым поведением, представляющих особую опасность и требующих постоянного наблюдения.

Количество случаев физической агрессии пациентов Республиканской больницы по отношению к персоналу имеет тенденцию к росту. Так, в 2011 году было зарегистрировано 35 таких фактов, в 2012 году - 41, в 2013 году - уже 76.

В Шихазанской и Алатырской больницах, а также в новочебоксарских подразделениях полностью отсутствуют системы видеоконтроля. Это не позволяет руководству лечебниц опосредованно отслеживать «внутреннюю жизнь» стационара, контролировать работу персонала, а также в случае необходимости обеспечивать видеодокументирование происходящих в отделениях событий (не исключено, что и криминального характера). Подобный консерватизм администрации в вопросах безопасности, по меньшей мере, не соответствует требованиям времени.

Во всех психиатрических учреждениях не предусмотрена штатная охрана.

В Ядринской больнице в 2014 году прокуратурой выявлялись различные нарушения пожарной безопасности, представляющие потенциальную угрозу жизни и здоровью пациентов.

### **Кадровое обеспечение.**

Вызывает исключительную озабоченность проблема дефицита кадров в психиатрических больницах, напрямую влияющая на качество оказываемой медицинской помощи. Налицо осложнение кадровой ситуации, что идет вразрез с требованиями статьи 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - обеспечивать наличие необходимого количества медицинских работников.

Судите сами. Так, на протяжении ряда лет республиканские показатели обеспеченности врачами-психиатрами, обеспеченности занятыми на амбулаторном приеме должностями врачей-психиатров и нагрузки по числу посещений на 1 должность врача-психиатра остаются хуже среднероссийских.

Число врачей-психиатров (физических лиц) в 2013 году по сравнению с 2012 годом снизилось с 77 до 73 человек, или на 5,2%.

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами снизился с 0,62 до 0,59 (в расчете на 10 тыс. населения). Общее число занятых должностей врачей-психиатров снизилось по республике с 129,5 в 2012 году до 100,25 в 2013 году. Данный показатель снизился с 1,04 в 2012 году до 0,8 в 2013 году (в расчете на 10 тыс. населения). Резко снизилось количество должностей, занятых врачами данной специализации, на амбулаторном приеме – с 65 ставок в 2012 году до 47 ставок в 2013 году.

Показатель обеспеченности занятыми должностями врачей-психиатров, работающих в амбулаторной службе, снизился с 0,52 до 0,38 (по России - 0,57 в 2012 году). В 2013 году число занятых на амбулаторном приеме должностей врачей-психотерапевтов по сравнению с 2012 годом снизилось с 25 до 21,5 ставок.

Укомплектованность больниц врачебным персоналом остается низкой. Так, в Шихазанской больнице в настоящее время она составляет 62%, в Республиканской - 64%, в Ядринской - 66%, в Алатырской - 74%. Это существенно снижает результативность психиатрической помощи, не позволяя индивидуализировать лечение, оказывать достаточное внимание больным и осуществлять их право на выбор врача.

Остается недостаточным количество работающего среднего медицинского персонала. В Ядринской больнице оно составляет 73% от штатной численности, в Республиканской - 75%, в Шихазанской - 85%, в Алатырской - 90%.

Вопрос нехватки в больницах санитаров, на которых ложится основная нагрузка по контролю и уходу за пациентами, носит длительно нерешаемый характер. В Ядринской больнице укомплектованность санитарями составляет 83%, в Республиканской - 86%, в Шихазанской - 90%, в Алатырской - 92%.

О чем это в целом свидетельствует? Разумеется, о том, что некомплект персонала, вызванный, в том числе повышенной нагрузкой, психоэмоциональным прессингом и невысокой заработной платой, в конечном счете, неминуемо приводит к ухудшению качества обслуживания пациентов.

При этом санитарями в психиатрических стационарах в основном работают женщины. Мужчин-санитаров, в силу очевидной непрестижности профессии, очень мало. Такое положение с кадрами вряд можно назвать терпимым, поскольку речь идет об обслуживании специфических пациентов - психически нездоровых людей, со стороны которых не исключена агрессия в отношении окружающих и персонала.

Участие медицинских психологов и социальных работников необходимо для устранения факторов, влияющих на возникновение и

развитие заболевания, создания условий для качественного лечения, включая обеспечение материальных потребностей пациента и его семьи. Однако при большой востребованности кадров с немедицинским образованием, призванных оказывать наряду с врачами-психиатрами лечебную, реабилитационную и социальную помощь, также отмечается недостаток данных специалистов (как в штатных расписаниях, так и фактически).

Так, если в 2013 году в Шихазанской больнице работало 3 социальных сотрудника, то в 2014 году - лишь 2. Эти два сотрудника, по определению, не в состоянии охватить все назревшие у 200 пациентов вопросы в широком диапазоне проблем социального направления. Вследствие малого числа социальных работников методы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации применяются в недостаточном объеме.

Добавлю, что вопрос нехватки медицинских психологов, социальных работников и психотерапевтов характерен не только для стационаров, но и для амбулаторных лечебных учреждений муниципального уровня.

В основе кадровых проблем лежит финансовая составляющая. Проблема же гораздо шире. Совершенно очевидно, что сложившийся уровень оплаты труда и материального стимулирования работников больниц несоразмерен повседневным сложностям их профессии. Сравнительно низкая заработная плата врачей объективно влияет на снижение их мотивации к самосовершенствованию как профессионалов.

Не секрет, что психиатрическая больница - это также и место пребывания значительного количества одиноких пациентов, владеющих имуществом. Именно они часто становятся жертвами мошеннических действий в отношении принадлежащей им недвижимости, проще говоря, квартирных махинаций. Отсутствие штатных юристов в Шихазанской и Ядринской больницах ограничивает пациентов в возможностях поиска средств правовой защиты и не позволяет им иметь непосредственный доступ к квалифицированной юридической помощи. Кроме того, выявлено, что система подачи жалоб больными еще неэффективна. Непосредственно в помещениях отделений Шихазанской и Ядринской больниц отсутствовали ящики для обращений пациентов.

### **Финансирование.**

При ближайшем рассмотрении вопроса бюджетного финансирования психиатрических больниц становятся понятными причины неразрешенности их материальных проблем. На протяжении

последних лет поступление бюджетных ассигнований можно признать, по меньшей мере, недостаточным, осуществляемым «по остаточному принципу», неравномерно выделяемым и, соответственно, тормозящим поступательное развитие лечебных учреждений.

В доказательство приведу некоторые официальные цифры. Так, Республиканской больницей в 2012 году получено 8 млн. рублей из бюджета на капитальный ремонт, в 2013 году - 3,17 млн. рублей, в 2014 году средств не выделялось. Ремонтные работы велись исключительно за счет внебюджетных средств (средств от приносящей доход деятельности).

Алатырской больнице недостает бюджетных средств, выделяемых на нужды ремонта (0,864 млн. рублей в 2011 году, 0,902 млн. рублей в 2012 году, 0,599 млн. рублей в 2013 году и 0,917 млн. рублей в 2014 году). Поэтому наибольшая доля средств, поступающих от внебюджетной деятельности, направляется на проведение ремонтных работ (1,213 млн. рублей в 2013 году и 1,234 млн. рублей в 2014 году). Сопоставление приведенных цифр оказывается не в пользу республиканского бюджета. За все годы существования лечебного учреждения основную часть заработанных внебюджетных средств невольно приходилось направлять на восстановление объектов инфраструктуры (тем самым, по сути, поддерживая бюджетную сферу).

При плачевном состоянии объектов Шихазанской больницы объем выделяемых бюджетных средств явно несоразмерен внушительным потребностям в проведении постоянных ремонтных работ. В 2011 году больница получила на все виды ремонта 1,2 млн. рублей, в 2012 году - 0,67 млн. рублей, в 2013 году - 0,9 млн. рублей, в 2014 году лишь 0,56 млн. рублей. Строго говоря, ремонт отдается на откуп хозяйственным умениям руководства больницы (видимо, не полагаясь на бюджет). Подобное отношение к финансированию достаточно большого учреждения, при всем желании невозможно причислить к действиям, адекватным создавшейся сложной обстановке.

Ядринская больница также обделена финансовыми средствами на ремонтные работы. В 2011 году больница получила на все виды ремонта 3,1 млн. рублей, в 2012 году - 0,54 млн. рублей, в 2013 году - 0,53 млн. рублей, в 2014 году только 0,5 млн. рублей. Опираясь на такой уровень финансирования, пожалуй, сложно рассчитывать на прогресс в деле укрепления материальной базы.

В решении задач улучшения условий проживания пациентов слабо используются возможности гуманитарной помощи (безвозмездных или благотворительных взносов, добровольных пожертвований юридических и физических лиц). За весь 2014 год данная помощь

получена лишь на сумму 123 тыс. рублей (Алатырской и Шихазанской больницами).

Важным социальным обязательством является приведение условий проживания пациентов с инвалидностью в соответствие с требованиями доступности среды. Общая потребность всех психиатрических больниц республики в средствах для осуществления данных мероприятий составляет около 280 тыс. рублей (по данным Минздравсоцразвития Чувашии).

Необходимо обновление автопарка лечебниц. Процент износа стоящего на балансе лечебных учреждений автомобильного транспорта остается высоким, в частности в Алатырской, Шихазанской и Ядринской больницах.

Творческая деятельность считается одним из полезных направлений лечения и реабилитации пациентов, доказавшим свою эффективность, однако финансовые средства на эти цели больницам почти не выделяются.

### **Лечебно-трудовая реабилитация.**

Новые подходы к лечению психических расстройств предполагают обязательное комплексное применение методов психофармакотерапии, психотерапии и мероприятий по социальной реабилитации больных. Привлечение пациентов к трудовым процессам (трудотерапия) и развлекательным формам деятельности (терапия занятостью), развивающим моторно-двигательную координацию пациента и отвлекающим его от болезненных переживаний, - необходимое и проверенное временем звено в реабилитационной работе. Именно поэтому в уставной предмет деятельности всех больниц включено осуществление социально-трудовой реабилитации.

Однако исполнение этой задачи психиатрическими учреждениями республики сопряжено с трудностями, поскольку их реабилитационная база находится в тяжелых условиях. Собственно это и не позволяет организовывать трудотерапию согласно действительным целям, что, в итоге, не может негативно не отражаться на показателях лечения.

Так, в Алатырской больнице лечебно-трудовая реабилитация практически не осуществляется, поскольку отсутствуют соответствующие оборудованные мастерские или подсобное хозяйство. В Республиканской больнице имеется небольшая по объему инфраструктура - кабинеты (участки) трудотерапии, которые входят в состав медико-реабилитационного отделения. В Ядринской больнице имеется швейный участок, в Шихазанской больнице - лечебно-трудовая мастерская (в деревянном строении убогого вида), включающая

швейный участок, хлебопекарню и приусадебный участок, где работают больные. Тепличные и парниковые хозяйства не развиваются. Оборудование, используемое для трудотерапии, в основном является устаревшим. Общее число привлеченных к труду пациентов больниц невелико.

Тем не менее, даже этому небольшому количеству работников из числа больных денежные выплаты за произведенную работу не производятся. Это входит в противоречие со статьей 37 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», которая недвусмысленно устанавливает, что больные вправе получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством. Принципы защиты лиц с психическими заболеваниями также согласуются с данной нормой: «Ни при каких обстоятельствах пациент не должен принуждаться к работе... Труд пациента в психиатрическом заведении не должен эксплуатироваться. Каждый пациент должен иметь право получать за любую сделанную им работу такое же вознаграждение, которое было бы выплачено, в соответствии с внутренним законодательством или обычаем, за такую работу не пациенту».

В действительности пациенты всех вышеназванных больниц реально участвуют в том или ином производительном и вспомогательном труде и должны, по логике, получать за него оплату, соразмерную затраченному времени и приложенным усилиям. В то же время, персонал больниц рассматривает использование труда пациентов в мастерских, цехах и приусадебных участках как установившуюся норму. Происходит злоупотребление тем обстоятельством, что многие пациенты не только согласны на неоплачиваемый труд, но и воспринимают его как привилегию, так как это связано с возможностью выйти из закрытого помещения и разнообразить свое унылое пребывание в стационаре. Разумеется, администрация не утруждает себя разъяснением больным их прав.

«Запрет эксплуатации» и «добровольность труда» - два самостоятельных принципа трудотерапии. Зачастую происходит подмена понятий, когда, опираясь на добровольность труда и полезные качества терапии занятостью, используется труд больных. «Правовое обоснование» добровольности труда пациентов является не чем иным, как попыткой пристойным способом объяснить привлечение больных в качестве бесплатной рабочей силы, компенсирующей нехватку младшего медицинского и вспомогательного персонала. Разумеется, понятны и мотивы действий администрации, продиктованные желанием

вместить всё то, что связано с трудом больных, в сферу лечебно-трудовой терапии. На самом же деле, эксплуатацией является, независимо от добровольности, все то, что выходит за пределы терапии занятостью (всевозможные хобби) и трудотерапии (вовлечение в ответственную трудовую деятельность), и за что не получается достойного вознаграждения.

Часть поступающих психически больных слабо адаптируется к новым условиям жизни, постепенно теряются их остаточная трудоспособность и источники средств существования. Закон гарантирует установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства больных, применение методов экономического стимулирования для предприятий, предоставляющих места для них. Ведь далеко не всегда психическая болезнь создает помехи к производительному труду.

Несмотря на это, в настоящее время в республике платное трудоустройство психически больных граждан не организовано, поскольку, как будто бы, не имеется организаций (предпринимателей), готовых сотрудничать в данном вопросе с психиатрическими больницами. Это не совсем так. Возможность налаживания взаимодействия с предприятиями и организации данной работы по факту существует, только необходимо этой темой вдумчиво заниматься. Вероятно, вопрос в желании и настойчивости соответствующих должностных лиц.

Тем более что в советский период система медико-социальной реабилитации в психиатрии функционировала на высоком уровне и весьма успешно. Примером общественно-полезного труда больных (за денежное вознаграждение) может являться швейный участок, сформированный из выздоравливающих пациентов Республиканской больницы, и активно продолжавший работать еще в 90-х годах прошлого века в тесной кооперации со швейной фабрикой «Рассвет». Можно только удивляться, как быстро и методично все позитивные элементы психиатрической службы были разрушены и, наоборот, негативные акцентированы и усилены.

Из этого следует, что на повестке дня должен стоять вопрос восстановления всего растерянного и воссоздания ранее эффективно действовавшей системы лечебно-трудовой терапии.

### **Создание специализированных учреждений.**

В нарушение требований статьи 16 Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в республике не открыты общежития для психически больных лиц,

утративших социальные связи (медико-реабилитационные отделения для формирования навыков самостоятельного проживания). Для такой категории инвалидов рекомендованы именно эти специализированные общежития, в которых они могут проживать на общих основаниях, и одновременно пользоваться помощью психолога, социального педагога, поскольку нуждаются в постоянном психокоррекционном воздействии.

Также, по неустановленным причинам в регионе еще не образован специальный реабилитационный центр для социальной реинтеграции граждан, больных психическими заболеваниями.

Как известно, попечительские советы созданы при всех психоневрологических интернатах. Они играют важную роль в поддержке их деятельности, в том числе для снижения риска ошибок со стороны администрации при принятии решений в сложных проблемных ситуациях, а также для создания условий (посредством обеспечения организационной прозрачности) для качественного предоставления услуг по обслуживанию больных. Советы также призваны содействовать привлечению внебюджетных источников финансирования и укреплению материально-технической базы учреждений. Почему бы, принимая во внимание позитивность работы попечительских советов при интернатах, собственно, не проработать вопрос их создания при психиатрических больницах?

На заседаниях Общественного совета и Совета общественных организаций по защите прав пациентов, созданных при Минздравсоцразвития Чувашии, вопросы деятельности психиатрической службы и соблюдения прав психически больных не были предметом рассмотрения. Не иницируется участие данных организаций в осуществлении гражданского контроля за психиатрическими больницами и психоневрологическими интернатами, с подготовкой соответствующих предложений и рекомендаций по вопросам совершенствования системы здравоохранения и оказания медицинской помощи.



## **8. Результаты проверок соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах Чувашской Республики**

Статья 39 Конституции Российской Федерации гарантирует каждому социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

Психоневрологические интернаты предназначены для постоянного или временного проживания граждан, страдающих длительно текущими психическими заболеваниями или интеллектуальной недостаточностью, утративших частично или полностью способность к самообслуживанию и самообеспечению, нуждающихся в уходе и наблюдении по состоянию психического, а нередко и физического здоровья. Интернаты в значительной степени отличаются от психиатрических стационаров, как по основным целям и задачам, так и по структуре контингента и всей организации работы и укладу жизни больных.

Согласно Уставам интернатов предметом их деятельности является предоставление социальных услуг в стационарном учреждении, направленное на создание гражданам пожилого возраста и инвалидам (клиентам) наиболее адекватных их по возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, на проведение реабилитационных мероприятий социального, медицинского и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода, медицинской помощи, организации их отдыха и досуга.

Находящиеся в интернатах больные скорее не лечатся, а «проживают». Здесь, в принципе, не существует понятия «выписка». В сущности, люди в массе своей поступают в психоневрологические учреждения, чтобы остаться в них навсегда, как говорят представители здравоохранения, «до естественного конца».

Полноценная жизнедеятельность подавляющего большинства инвалидов, проживающих в интернатах, невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, вспомогательных средств и приспособлений, материальной и иной поддержки. Условия проживания в них характеризуются однообразием обстановки, монотонностью быта, отсутствием по-настоящему интересной занятости, дефицитом общения со здоровым окружением, зависимостью от администрации. Создается особая организация жизни проживающих лиц, которая включает в себя элементы больничного учреждения и общежития.

Тяжелые психические расстройства, характерные для обитателей психоневрологических интернатов, делают большинство из них

неспособными самостоятельно отстаивать свои права и адекватно реагировать на различные нарушения. Интеллектуальная несостоятельность в сочетании с ограничениями в подвижности и сложными условиями пребывания препятствуют реализации большими своих прав. В соответствии с нормами части 4 статьи 35 Гражданского кодекса Российской Федерации и части 5 статьи 11 Федерального закона от 24.04.2008 №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» учреждение исполняет обязанности опекуна в отношении недееспособных граждан в период их нахождения на стационарном лечении.

С июля по ноябрь 2014 года Уполномоченным по правам человека в Чувашской Республике и его аппаратом посещены все подведомственные Министерству здравоохранения и социального развития Чувашской Республики стационарные учреждения социального обслуживания психиатрического профиля (далее - интернаты) с целью проверки соблюдения прав, свобод и законных интересов проживающих в них граждан:

Атратский психоневрологический интернат - директор Гудов О.В.;

Ибресинский психоневрологический интернат - директор Ермолаев В.Г.;

Калининский психоневрологический интернат - директор Кузьмин С.А.;

Карабай-Шемуршинский психоневрологический интернат - директор Поликарпов Н.И.;

Тарханский психоневрологический интернат - директор Бабаев А.А.;

Шомиковский психоневрологический интернат - директор Романов А.М.

В проверке Карабай-Шемуршинского и Тарханского интернатов также принял участие заместитель прокурора Чувашской Республики А.И. Григорьев.

Общий жилой фонд интернатов составляет 1535 мест (на время проверок в них всего размещалось 1553 человека): в Атратском интернате при наличии 380 мест на момент проверки было размещено 386 человек, из них 114 дееспособных лиц, 56 человек на постельном режиме, 7 инвалидов-колясочников (ввод в эксплуатацию в 1962 году); в Ибресинском интернате при наличии 405 мест размещено 398 человек, из них 13 дееспособных лиц и 124 человека на постельном режиме (ввод в эксплуатацию в 1959 году); в Калининском интернате при наличии 255 мест размещено 260 человек, из них 35 дееспособных, 61 человек на постельном режиме, 16 инвалидов-колясочников (ввод в эксплуатацию

в 1991 году); в Карабай-Шемуршинском интернате при наличии 148 мест размещено 146 человек, из них 12 дееспособных лиц, 10 человек на постельном режиме и 3 инвалида-колясочника (ввод в эксплуатацию в 2010 году); в Тарханском интернате при наличии 240 мест размещено 238 человек, из них 11 дееспособных лиц, 35 человек на постельном режиме и 12 инвалидов-колясочников (ввод в эксплуатацию в 1974 году); в Шомиковском интернате при наличии 107 мест размещено 125 человек, из них 11 дееспособных лиц, 30 человек на постельном режиме и 6 инвалидов-колясочников (ввод в эксплуатацию в 1995 году).

Кроме того, в Кугесьском детском дом-интернате для умственно отсталых детей организовано 60 мест для психически больных инвалидов молодого возраста.

Показательным фактом управленческих упущений является наличие постоянной очередности на помещение граждан в психоневрологические интернаты республики. Обращаю внимание на выразительные цифры. Если в 2011 году она составляла всего 103 человека, в 2013 году - 187 человек, то в 2014 году уже 243 человека, с тенденцией к дальнейшему увеличению.

Запланированное до 2017 года введение дополнительных 180 койко-мест для инвалидов, нуждающихся в стационарном социальном обслуживании, казалось бы, выглядят шагом вперед. Однако в этом имеются сомнения по нескольким причинам: во-первых, количество нуждающихся лиц в любом случае будет опережать темпы ввода новых мест; во-вторых, тот заветный год еще достаточно далеко и, в-третьих, не исключено, что эта задача под давлением меняющейся финансово-экономической ситуации рискует быть нереализованной.

Граждане пожилого возраста и инвалиды, проживающие в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, имеют право на обеспечение им условий проживания и быта, отвечающих государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам. По своим размерам и состоянию помещения интернатов должны отвечать требованиям санитарии, правилам пожарной безопасности, а также иметь защищенность от воздействия физических факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых социальных услуг (повышенные температура, влажность воздуха, шум и т.п.).

Действующее федеральное законодательство, регулирующее правоотношения в данной сфере, не позволяет в полной мере удовлетворять потребности населения в социальных услугах высокого качества.

Надо указать, что согласно требованиям закона создание в психоневрологическом интернате режима психиатрической больницы неправомерно. Условия проживания в интернате, в том числе и режим, должны быть максимально приближены к домашним. Коренного улучшения условий жизни в интернатах невозможно добиться без грамотного применения планировочных, архитектурных и инженерных средств.

В деятельности республиканских интернатов имеет место ряд проблем, в значительной степени влияющих на дальнейшее развитие учреждений и создание приемлемых условий проживания и существования обеспечиваемых лиц, поддержание жизненных сил и их социальную коммуникацию.

Все психоневрологические учреждения в 2013-2014 годах были подвергнуты плановым проверкам (по вопросам оказания социальных услуг) комиссиями Минздравсоцразвития Чувашии. По их итогам администрации интернатов было лишь рекомендовано продолжить соблюдение требований государственных стандартов и санитарно-эпидемического режима. В 2014 году была проведена плановая проверка Шомиковского интерната (по вопросам медицинской деятельности) с выдачей предписания, но без мер дисциплинарной ответственности.

### **Здания, сооружения, инфраструктура.**

Специфика республиканских стационарных учреждений социального обслуживания такова, что часть имеющихся зданий является приспособленной или построенной по типовым проектам, разработанным еще в 1950–60-х годах согласно действовавшим на момент проектирования и ввода в эксплуатацию строительным, санитарным нормам и правилам, которые теперь не соответствуют новым требованиям.

В большинстве психоневрологических интернатов Чувашии сохраняется устаревшая инфраструктура, требующая достаточно больших усилий для поддержания объектов в рабочем состоянии (зданий, сооружений, инженерных коммуникаций). В зоне критики длительное время находятся Ибресинский и Шомиковский интернаты, спальные корпуса которых характеризуются наихудшим техническим состоянием. Перспективы решения вопроса их восстановления вызывают обоснованный скепсис.

Так, в Ибресинском интернате жилые корпуса №№1, 2, 3 деревянно-щитового исполнения (постройки 1959 года) фактически

аварийны, но вынужденно функционируют по своему назначению. Данные строения требуют непрерывного поддерживающего ремонта. В Атратском интернате действующие спальные корпуса №3 (постройки 1983 г.) и №4 (постройки 1967 г.) также находятся в неудовлетворительном состоянии, не используется спальный корпус №1 (постройки 1964 г.). Спальный корпус №3 Шомиковского интерната непригоден к эксплуатации, и, поэтому длительное время не используется. Здание подлежит капитальному ремонту с заменой систем отопления, водоснабжения и канализации. Административно-бытовой корпус учреждения обветшал, его внешний вид производит неприятное впечатление.

Проблема капитального ремонта существует во всех интернатах. В Калининском интернате требуются капитальный ремонт крыши мужского корпуса (1979 года постройки), ремонт ряда палат 2 этажа мужского корпуса, капитальный ремонт коридора 3 этажа и палат женского корпуса. Отдельные помещения в жилых корпусах, в первую очередь, комнаты для проживания Ибресинского и Карабай-Шемуршинского учреждений требуют срочного текущего ремонта.

Банно-прачечный блок Атратского интерната находится в плачевном состоянии. Проблема его капитального ремонта надлежащим образом не заостряется, нарушения не устраняются: здание, в котором он размещен, находится в аварийном состоянии; приспособленные и оборудованные помещения для сушки белья отсутствуют; принудительная механическая приточно-вытяжная вентиляция не работает; старые стиральные машины требуют замены; системы водопотребления, водоотведения, тепло- и электрохозяйства изношены, коммуникации подвергаются сильной коррозии.

Аналогично, банно-прачечный блок Тарханского интерната не ремонтируется длительное время.

В Ибресинском интернате необходимо провести демонтаж старых и установку новых умывальников в отдельных санитарных узлах, ремонт полов и замену металлических тазов на пластиковые в помывочной банного блока. В некоторых палатах на полу выложена кафельная плитка. Во всех жилых корпусах ввиду отсутствия принудительной механической приточно-вытяжной вентиляции не обеспечивается надлежащий воздухообмен, тем самым осложняя получение больными свежего воздуха. По этой причине в большинстве проверенных палат сохраняются спертость воздуха, затхлость и влажность, и даже проветривание помещений не спасает ситуации.

Впрочем, проблема борьбы со стойкими неприятными запахами в жилых помещениях, ведущейся с переменным успехом, характерна для всех интернатов.

Ввиду неработоспособности вентиляции в старых корпусах Атратского интерната постоянно сыро. В Калининском интернате нужны ремонт стен, потолков в туалетах (с обеспечением в них приватности) и ремонт потолков в отдельных душевых.

Стиральные машины в банно-прачечном блоке Карабай-Шемуршинского интерната не позволяют обеспечивать необходимый объем стирки белья ввиду своей маломощности. Недостаток мебели приводит к тому, что белье складывается прямо на пол. В душевой комнате и в буфете из-за отсутствия вентиляции отмечалась повышенная влажность. Мусоросборник учреждения не имеет нормального ограждения, являясь объектом, активно посещаемым бродячими собаками.

Текущий ремонт некоторых санитарных узлов необходим в Атратском, Тарханском и Карабай-Шемуршинском учреждениях. В туалетах Шомиковского и Тарханского интернатов неудобные напольные чаши «Генуя» не заменены на унитазаы. Душевая для персонала в пищеблоке Атратского интерната отсутствует.

Нарушения санитарно-эпидемиологического законодательства к организации работы прачечной и внутренней отделке помещений были выявлены в Шомиковском интернате. Допускалась массовая сушка белья в помещениях, где велись общестроительные работы. В предназначенном для сушки белья помещении не проводится капитальный ремонт (с заменой покрытия полов и системы отопления).

Нормативы площади в столовых, составляющие 1,2 кв. м. на 1-го человека, не соблюдаются в Калининском и Ибресинском интернатах (фактическая площадь - по 1,01 кв. м.).

### **Обеспеченность жилой площадью.**

Права граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, на необходимое жизненное пространство в некоторых интернатах нарушаются. Наиболее низкие показатели обеспеченности жилой площадью отмечены в Шомиковском (5,28 кв. м. на 1 чел.) и Тарханском интернатах (5,4 кв. м. на 1 чел.), что не соответствует установленным гигиеническим требованиям (не менее 6 кв. м.) и реальной нуждаемости. По этой причине в некоторых жилых комнатах Тарханского учреждения наблюдается явная теснота. Нормативы палатной площади в Калининском интернате в целом по учреждению соблюдаются, но в отдельных комнатах они не выдерживаются.

Ситуация усугубляется еще и тем, что в интернатах обеспечиваемые порой проживают до 10-15 человек в комнате, что является не только правовой, но и психологической проблемой в учреждениях с длительным, многолетним проживанием больных.

### **Обустройство помещений.**

Палаты приемно-карантинного отделения не оборудованы в Карабай-Шемуршинском интернате. Одна из общих комнат отдыха в интернате, размещенная в фойе, не обустроена, в ней требуется замена старой мебели. Помещение для встреч с родственниками недостаточно оснащено.

Ни в одном интернате не созданы условия для того, чтобы родные проживающих могли остаться с ними дольше, чем на несколько часов, имели возможность переночевать. Вследствие территориальной отдаленности данных учреждений родственники больных несут существенные расходы и тратят немало времени на дорогу ради короткой встречи.

Отмечены излишняя аскетичность и казенный интерьер некоторых палат Ибресинского, Карабай-Шемуршинского и Шомиковского учреждений. Внутренняя отделка многих помещений требует приведения в соответствие с требованиями применения определенных материалов и цветовых решений.

Во всех интернатах слабо прорабатываются следующие вопросы обустройства: соответствия расстановки мебели, оборудования, элементов коммуникационных путей (лестниц, ступеней, поручней) установленным антропометрическим параметрам; создания отдельных комнат санитарной гигиены женщин; оборудования специальных опор и поручней около умывальников и унитазов (с расчетом на предельную динамическую нагрузку).

По причине неизжитых «коммунальных» традиций затруднена реализация обеспечиваемыми лицами своих прав на неприкосновенность занимаемого ими жилища.

Библиотеки интернатов недостаточно пополняются периодической печатью и новой литературой.

### **Безбарьерная среда.**

Учреждение социального обслуживания должно быть размещено в специально предназначенных (приспособленных) зданиях или помещениях, доступных для всех категорий получателей социальных услуг, в том числе для инвалидов и других маломобильных групп населения. Поэтому в числе постоянных приоритетов должна быть

работа по созданию условий для минимальных затрат и усилий инвалидов и пожилых лиц на удовлетворение нужд путем применения эргономичного оборудования. Например, в Калининском интернате требуется устройство пандусов на выходах из мужского и женского отделений, а также из банно-прачечного блока.

Руководством учреждений, в силу финансовой ограниченности, не принимаются надлежащие меры по формированию доступной среды. Серьезную озабоченность вызывает тот факт, что при отсутствии необходимых приспособлений (лифтов, пандусов) в случае возникновения чрезвычайных ситуаций будет крайне затруднительна быстрая эвакуация проживающих.

Общая потребность всех интернатов в средствах для приведения условий проживания клиентов с инвалидностью в соответствие с требованиями безбарьерной среды, по данным Минздравсоцразвития Чувашии, составляет около 450 тыс. рублей. Столь малая сумма финансовых запросов на эти цели выглядит умогласительной, вызывая вполне обоснованные сомнения.

### **Обеспечение товарами.**

Вызывает обоснованные вопросы нормативно неурегулированный порядок обеспечения проживающих в интернатах лиц товарами повседневного спроса и продуктами питания (особенно характерно для Карабай-Шемуршинского интерната). Поставка товаров не закреплена документально, поскольку учреждениями практически не заключаются договоры на торговое обслуживание с поставщиками, предлагающими наименьшие цены. Зачастую отношения с субъектами предпринимательства строятся только на устных договоренностях.

Такая ситуация не оставляет выбора подопечным и ставит их в полную зависимость от ценовой политики поставщиков-монополистов. Качество же поставляемых товаров остается на совести предпринимателей. Тем самым создается благодатная почва для возможных злоупотреблений доверием. Решение вопроса видится в установлении конкурсной основы на право выездной торговли в интернатах и постоянном ведомственном контроле за этими процессами.

### **Безопасность.**

Создание безопасных условий проживания граждан в интернатах является первоочередной задачей администрации. Страшные трагедии прошлых лет, имевшие место в ряде регионов страны и унесшие человеческие жизни, обязывают органы власти в должной мере



относиться к вопросу обеспечения безопасности социальных учреждений, в которых находятся маломобильные и душевнобольные люди.

В Шомиковском интернате прокуратурой были установлены многочисленные нарушения правил пожарной безопасности. Аналогичные факты также выявлялись в Тарханском интернате. Стены некоторых коридоров Калининского интерната отделаны пластиковыми панелями.

Особое беспокойство связано с отсутствием видеоконтроля в жилых корпусах Ибресинского интерната. Это не соответствует требованиям, не только обеспечения личной безопасности проживающих, но и требованиям антитеррористической защищённости. В жилом корпусе №4 размещены лица, которые по своему психическому состоянию представляют потенциальную опасность из-за возможности причинения ими физического вреда. Дежурная смена состоит из 2-х женщин-санитарок, что вызывает сомнения в их способности соразмерно повлиять на возникновение какой-либо нештатной ситуации.

Идентичные сложности имеются в Карабай-Шемуршинском интернате, где наблюдается явный недостаток имеющихся видеокамер (только 4 единицы на все учреждение), в первую очередь в жилом корпусе, что не отвечает нормам безопасности и неприкосновенности личности.

### **Территория интернатов.**

Вопросам благоустройства территории интернатов не уделяется должного внимания. Так, в Карабай-Шемуршинском и Атратском учреждениях земельные участки используются нерационально, территория некачественно благоустроена, недостаточно озеленена, не проводятся ландшафтные работы с созданием парковых зон, к отдельным зданиям и беседкам не проложены дорожки с твердым покрытием. Вследствие этого заметно суживаются возможности социальных клиентов в полноценных прогулках.

Кроме того, спортивные площадки требуют восстановления. Остается непонятным, как в этих условиях проводятся плановые спортивно-массовые и индивидуальные физкультурные мероприятия.

### **Кадровое обеспечение.**

Проблема дефицита врачебного персонала не преодолена и в психоневрологических интернатах.

Отнесение психоневрологических стационарных учреждений социального обслуживания к числу оказывающих психиатрическую помощь и особенности находящегося в них контингента пациентов обязывают каждое такое учреждение иметь в своем штате врача-психиатра. Однако в штатных расписаниях Карабай-Шемуршинского и Тарханского интернатов не предусмотрены не то, чтобы должности врачей-психиатров, да и просто врачей. В Ибресинском интернате имеется только врач-терапевт.

Несмотря на специфический характер деятельности учреждений и большую востребованность, в штатах имеется лишь по одному социальному работнику (специалисту по социальной работе). В условиях отсутствия во всех интернатах должностей медицинских психологов осложняется оказание квалифицированной помощи в преодолении больными социально-психологических и внутриличностных проблем, а также затруднений в межличностном взаимодействии.

Должность воспитателя предусмотрена только в Атратском интернате, должность инструктора по труду лишь в Карабай-Шемуршинском интернате.

### **Финансирование.**

Объем бюджетных ассигнований на проведение ремонтных работ в интернатах не соответствует реальной нуждаемости в восстановлении объектов и приведении помещений в надлежащее состояние.

Так, Атратский интернат в 2014 году вообще не получал средств из бюджета на капитальный и текущий ремонт (для сравнения, в 2013 году получено 1,52 млн. рублей).

Ибресинскому интернату в 2011 и 2012 годах не выделялись средства на капитальный ремонт, в 2014 году на текущий ремонт получено только 210 тыс. рублей.

Калининским интернатом в 2014 году получено только 1,15 млн. рублей на капитальный и текущий ремонт (для сравнения, в 2013 году получено 5,2 млн. рублей).

Карабай-Шемуршинскому интернату в 2014 году на капитальный ремонт не выделялись средства, на текущий ремонт – только 100 тыс. рублей (для сравнения, в 2013 году выделено 2 млн. рублей и 1,2 млн. рублей, соответственно).

Тарханский интернат в 2011, 2012, 2013 годах вообще не получал средств на капитальный ремонт.

Шомиковскому интернату в 2014 году не выделялись бюджетные средства на капитальный и текущий ремонт, в 2013 году для проведения текущего ремонта получено лишь 50 тыс. рублей.

Стоимость содержания 1 человека в месяц в Карабай-Шемуршинском интернате в 2014 году снизилась по сравнению с 2013 годом. Соответственно, суточная стоимость питания обеспечиваемых лиц также уменьшилась - со 117 рублей в 2013 году до 92 рублей в 2014 году. В Атратском и Ибресинском интернатах, несмотря на инфляцию, стоимость содержания осталась на уровне 2013 года.

В Шомиковском интернате из-за низкого уровня финансирования лечебная база остается слабой.

Об отношении администрации учреждений к организации взаимодействия с благотворительными организациями, которые должны быть подспорьем в работе, говорит тот факт, что в 2014 году всеми шестью интернатами не привлечено ни одной копейки гуманитарной помощи (благотворительных взносов или пожертвований на нужды проживающих лиц). Но при этом, со слов руководителей интернатов, попечительскими советами, созданными при учреждениях, ведется постоянная и деятельная работа по социальной защите и оказанию помощи инвалидам.

### **Социально-трудовая реабилитация.**

Ключевым аспектом в организации повседневной жизни клиентов психоневрологических учреждений является предоставление им социально-трудовых услуг (применение каких-либо форм трудовой деятельности), даже в условиях объективно существующего снижения установки на трудовую деятельность.

В связи с произошедшим в конце XX века изменением экономической жизни в стране лечебно-трудовые мастерские интернатов оказались не у дел. В результате многие обеспечиваемые лица оказались незанятыми. Нарушение их права на труд негативно сказалось, как на клинических, так и на социально-психологических показателях: увеличилась частота конфликтов, возросло число психопатоподобных проявлений, усилилась алкоголизация.

В психоневрологических интернатах Чувашии на сегодняшний день размещено 1553 человека, из которых 50% (согласно индивидуальной программе реабилитации) по заключению врача могут заниматься посильным трудом в лечебно-трудовых мастерских и подсобном хозяйстве, что предопределяет объем работы по организации социально-трудовой терапии.

Помимо мастерских и подсобного хозяйства трудовая деятельность больных осуществляется в форме обслуживания учреждения или, так называемой, хозяйственно-бытовой деятельности, подразумевающей работу по уборке и поддержанию чистоты в помещениях общего пользования и иных помещениях, проведению текущего ремонта, погрузочно-разгрузочных работ, помощи в прачечной и столовой, доставке пищи, содействию санитарам в уходе за тяжелобольными и т.п. В принципе, эта работа, должна осуществляться строго на добровольной основе. Однако в условиях нехватки младшего персонала, этот «добровольный» труд часто превращается в «добровольно-принудительный». Судя по всему, администрация просто не видит разницы между различными формами трудо- и социотерапии и использованием труда пациентов.

При работе на территории республиканских интернатов (лечебно-трудовая мастерская, подсобное хозяйство, хозяйственно-бытовая деятельность) с клиентами, в нарушение требований законодательства, не оформляются трудовые договоры, не ведутся трудовые книжки, не организован учет рабочего времени, и, соответственно, денежное вознаграждение им не выплачивается.

В стационарных учреждениях системы социальной защиты существует постоянная потребность в осуществлении ремонта зданий, мебели, кухонной утвари, белья, обуви и т.д. Это обстоятельство обуславливает необходимость обучения молодых инвалидов профессиональным навыкам столяра, слесаря, штукатура, маляра, сапожника, швеи и др., с последующим правом трудоустройства в учреждениях. Установлено, что мотивация и вовлечение клиентов в эту деятельность, впрочем, как и само их обучение различным рабочим навыкам, в интернатах организованы ненадлежащим образом.

Кроме того, формирование позитивных интересов у обеспечиваемых лиц и расширение их общего и культурного кругозора, сферы общения, в том числе в области досуга и творческого самовыражения, требует новых подходов и целенаправленной активизации.

Качество работы официальных веб-сайтов республиканских психоневрологических интернатов оставляет желать лучшего. Налицо их несоответствие требованиям открытости деятельности государственных организаций, что нарушает права граждан на получение достоверной информации. Так, на сайтах интернатов почти не заполняются разделы «События», «Социальные проекты, реализуемые в учреждении», «Статьи на социальные темы», «Наши

гости», «СМИ о нас». Практически повсеместно некачественно ведется раздел «Законодательство». В данном разделе веб-сайта Шомиковского интерната размещена для обозрения в качестве официального документа отсканированная копия неутвержденного Устава учреждения. Все содержание отдельного баннера «Расписание работы» Ибресинского интерната отличается редчайшей лаконичностью: «круглосуточно», что дает посетителям сайта «развернутое представление» о режиме работы учреждения.

Еще не начата практическая реализация положений Федерального закона от 21.07.2014 №256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».

## **9. Меры реагирования на нарушения, выявленные в деятельности психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов**

По итогам посещений Республиканской психиатрической больницы Уполномоченным в адрес Главы Чувашской Республики М.В. Игнатьева 21.04.2014 для рассмотрения и оценки позиции заинтересованных ведомств было направлено «Заключение по результатам проверок соблюдения прав и законных интересов лиц, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, содержащихся в бюджетном учреждении Чувашской Республики «Республиканская психиатрическая больница», в котором было подробно освещено фактически сложившееся негативное положение дел в учреждении в отношении арестованных.

Копии данного Заключения направлены заместителю Председателя Кабинета Министров Чувашской Республики - министру здравоохранения и социального развития Чувашской Республики А.В. Самойловой, прокурору Чувашской Республики В.Г. Метелину, а также министру внутренних дел по Чувашской Республике С.Е. Семенову.

Проверкой, проведенной прокуратурой Московского района г.Чебоксары совместно с Управлением Роспотребнадзора по Чувашской Республике в мае 2014 года, были подтверждены нарушения законов и внесены соответствующие представления об их устранении в адрес министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики (через прокуратуру Чувашской Республики) и главного врача Республиканской психиатрической больницы.

Вместе с тем, следует отметить, что в специальное помещение для принудительного содержания под стражей испытуемых граждан (стражное отделение) сотрудники Роспотребнадзора не были допущены по неким «режимным соображениям», и, поэтому проверка данного помещения ими не проводилась.

По итогам контрольного посещения омбудсменом данного лечебного учреждения в Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики 01.08.2014 были направлены «Замечания по результатам контрольного посещения бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканская психиатрическая больница» на предмет соблюдения прав и законных интересов лиц, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

О результатах проверок омбудсменом Республиканской, Шихазанской, Ядринской больниц и Шомиковского интерната 21.08.2014 был проинформирован Глава Чувашской Республики. В

Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, в прокуратуру Чувашской Республики и Министерство внутренних дел по Чувашской Республике для принятия необходимых мер реагирования были направлены мотивированные «Замечания по результатам проверок соблюдения прав, свобод и законных интересов граждан, размещенных в лечебно-профилактических и социальных учреждениях психиатрического профиля, подведомственных Минздравсоцразвития Чувашии».

Приказом по Республиканской психиатрической больнице от 27.10.2014 три должностных лица лечебного учреждения привлечено к дисциплинарной ответственности.

Проверкой, проведенной Канашской межрайонной прокуратурой, в Шихазанской больнице был выявлен ряд нарушений требований федерального законодательства о пожарной безопасности и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения. В отношении главного врача 29.10.2014 межрайпрокурором возбуждено дело об административном правонарушении, предусмотренном ч. 1 ст. 20.4 КоАП РФ, и постановлением ОНД по г.Канаш и Канашскому району ГУ МЧС России по Чувашской Республике от 05.11.2014 ему назначен административный штраф в размере 6 тыс. рублей.

В ходе проверки учреждения территориальным отделом Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике в г.Канаш также выявлены нарушения санитарно-эпидемиологического законодательства. В этой связи постановлением от 29.09.2014 лечебное учреждение привлечено к административной ответственности по ст. 6.4 КоАП РФ с назначением наказания в виде административного штрафа в размере 10 тыс. рублей. Начальником указанного территориального отдела в адрес главного врача больницы внесено представление об устранении причин и условий, способствовавших совершению административного правонарушения. Из ответа главного врача следовало, что ряд нарушений устранен, принимаются меры к устранению иных отступлений от требований закона.

Прокуратурой Ядринского района совместно с районным отделением надзорной деятельности ГУ МЧС России по Чувашской Республике проведена проверка Ядринской больницы на предмет соблюдения законодательства в сфере обеспечения комплексной безопасности лиц, находящихся в данном учреждении. В адрес главного врача 09.01.2014 было внесено представление об устранении причин и условий, способствовавших нарушениям закона. Два должностных лица

лечебного учреждения привлечены к дисциплинарной ответственности.

По результатам проверки территориальным отделом Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике в г.Шумерля в отношении лечебного учреждения было возбуждено дело об административном правонарушении, предусмотренном ст. 6.4 КоАП РФ, и постановлением от 21.10.2014 оно привлечено к административной ответственности в виде штрафа в размере 10 тыс. рублей.

Кроме того, прокурором Ядринского района в адрес главного врача больницы внесено представление об устранении нарушений федерального законодательства. Ряд выявленных нарушений больницей был устранен. Организованы мероприятия для размещения общепсихиатрического отделения в бывшей участковой больнице в селе Советское: заказан технический паспорт; готовится межевой план земельного участка; на стадии подготовки находятся проекты и сметы для перевода объекта недвижимости на баланс Ядринской больницы.

Прокуратурой Моргаушского района в 2013 году устанавливались факты нарушений должностными лицами Шомиковского интерната противопожарного и санитарно-эпидемиологического законодательства, законодательства в сфере размещения заказов на поставку товаров, выполнения работ и оказания услуг для государственных нужд. В связи с выявленными нарушениями районной прокуратурой в сентябре 2013 года в отношении бывшего директора интерната были возбуждены дела об административных правонарушениях, предусмотренных ст. ст. 6.4 и 20.4 КоАП РФ, и назначены наказания в виде административного штрафа. В адрес Минздравсоцразвития Чувашии внесено представление об устранении нарушений законодательства, на основании которого приказом министерства директору объявлен выговор.

Проверкой, проведенной по фактам нецелевого расходования денежных средств, установлено, что единый заказ на выполнение работ по капитальному ремонту административного здания учреждения в целях ухода от проведения конкурсных процедур был искусственно разделен на группу однородных (заключено 9 государственных контрактов на общую сумму 2,14 млн. рублей с 3-мя организациями (учредителем и руководителем которых является одно и тоже лицо). Данные работы были оплачены в полном объеме, несмотря на то, что работы фактически не выполнены (затрачено 1,06 млн. рублей из республиканского бюджета) и административное здание не эксплуатировалось.

При этом учреждением оплата работ была произведена за счет средств, выделенных на стационарное обслуживание инвалидов. По



результатам процессуальной проверки было возбуждено уголовное дело по признакам преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 292, ч. 3 ст. 159, ч. 3 ст. 146 УК РФ. Приговором Моргаушского районного суда от 12.05.2014 бывший директор интерната осужден к реальному лишению свободы сроком 5 лет 5 месяцев со штрафом в 500 тыс. рублей.

В июле 2014 года отделением надзорной деятельности по Моргаушскому району ГУ МЧС России по Чувашской Республике проведена плановая выездная проверка Шомиковского интерната, в ходе которой выявлен ряд нарушений правил противопожарного режима, для устранения которых было выдано предписание. По результатам проверки прокуратурой в адрес вновь назначенного директора интерната внесено представление. В отношении директора районным прокурором возбуждено дело об административном правонарушении, предусмотренном ст. 6.4 КоАП РФ, и постановлением от 10.10.2014 он привлечен к наказанию в виде административного штрафа.

## 10. Предложения

С учетом изложенного и в целях комплексного решения назревших проблем в работе республиканских учреждений психиатрического профиля, предлагаю разработать долгосрочную региональную государственную программу, включающую в себя основные мероприятия, направленные на совершенствование деятельности психиатрической службы Чувашской Республики и обеспечение гарантий прав граждан при оказании психиатрической помощи, в рамках которой:

рассмотреть вопрос о дополнительном финансировании психиатрических больниц и психоневрологических интернатов для обновления их материально-технической базы и создания надлежащих бытовых и санитарных условий для размещенных в них лиц;

совершенствовать межведомственное взаимодействие при организации медицинской помощи и социального обслуживания психически больных;

принять организационно-практические меры, направленные на развитие коечной сети и создание достаточного количества мест больным в психоневрологических интернатах, с учетом их своевременного перевода из лечебных учреждений;

активизировать процесс создания общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи (медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания);

развернуть целенаправленную работу по развитию системы лечебно-трудовой терапии для занятости лиц, больных психическими заболеваниями, с созданием в психиатрических больницах новых и реконструкцией действующих лечебно-трудовых мастерских;

разработать дополнительные меры по совершенствованию кадрового обеспечения и привлечению специалистов для работы в психиатрических учреждениях;

осуществлять мероприятия в рамках улучшения качества медицинской помощи, социально-бытовых и реабилитационных услуг и лечебно-трудовой деятельности обеспечиваемых лиц в психоневрологических интернатах;

продолжить развитие всех форм общественной поддержки лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе по их интеграции в общество.

Также считаю необходимым принять следующие меры:

выносить вопросы деятельности психиатрической службы на рассмотрение соответствующих республиканских координационных и

совещательных органов, способствуя, тем самым, решению наиболее проблем в данной сфере и более широкому осознанию важности психического благополучия населения;

обеспечить эффективность ведомственного контроля за текущей деятельностью лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений психиатрического профиля;

организовывать плановые мероприятия в рамках независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания;

выработать унифицированные стандарты оснащения помещений для проживания и мест общего пользования психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов (в части, не регламентированной ведомственными нормативными актами);

совершенствовать методы выявления лучших практик и обмена положительным опытом деятельности в вопросах создания достойных условий пребывания психически больных и спланировать соответствующие мероприятия, включая выезды специалистов в другие регионы;

практиковать проведение в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах «Дней открытых дверей» для родных и близких больных;

повысить качество работы попечительских советов при психоневрологических интернатах, в том числе в вопросах привлечения благотворительной помощи, направляемой на нужды больных;

изучить вопрос о создании попечительских советов при психиатрических больницах (по аналогии с психоневрологическими интернатами и исправительными учреждениями);

наладить работу официальных веб-сайтов республиканских психоневрологических интернатов, обеспечивая их наполнение актуальной информацией;

расширять возможности контроля со стороны общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, в том числе путем осуществления систематического мониторинга обеспечения прав пациентов;

рекомендовать Общественной наблюдательной комиссии Чувашской Республики осуществлять проверки психиатрических стационаров в рамках предоставленных полномочий;

изучить возможность участия Общественной палаты Чувашской Республики в обсуждении проблем, создавшихся в сфере оказания гражданам психиатрической помощи;

рассматривать вопросы деятельности психиатрической службы и соблюдения прав психически больных на заседаниях Общественного совета и Совета общественных организаций по защите прав пациентов, созданных при Министерстве здравоохранения и социального развития Чувашской Республики;

принимая во внимание низкую осведомленность населения о реальном состоянии психического здоровья, ориентировать средства массовой информации на привлечение внимания общественности к данной теме, а также к проблемам в работе лечебно-профилактических и социальных учреждений психиатрического профиля, в том числе посредством проведения в СМИ антистигматизационных кампаний для преодоления психофобии и формирования правильного отношения граждан к психиатрической службе, ее сотрудникам и психически больным;

проработать вопрос о переименовании Кугесьского детского дом-интерната для умственно отсталых детей на иное название, не унижающее достоинство воспитанников (например - детский коррекционный интернат).

## 11. Заключение

Государство должно нести моральную ответственность перед психически больными гражданами. Соблюдение их прав всегда будет находиться в поле зрения омбудсмана. Согласно законодательству в случаях, связанных с необходимостью защиты интересов лиц, не способных самостоятельно использовать юридические средства защиты, Уполномоченный вправе обращаться к органам государственной власти.

Настоящий доклад не претендует на всеобъемлющую оценку соблюдения прав человека в республике при оказании психиатрической помощи. В нем нашел свое отражение лишь один блок из широкого спектра направлений деятельности лечебно-профилактических и социальных учреждений психиатрического профиля. Круг других животрепещущих вопросов, в частности медицинских аспектов соблюдения стандартов и порядков оказания специализированной помощи пациентам психиатрических учреждений, а также качества лечения подлежит дополнительному изучению и отдельной оценке.

Относительно малое число обращений к Уполномоченному со стороны граждан, страдающих психическими заболеваниями, и одновременное подтверждение нарушений законодательства, выявленных в ходе посещений стационаров и интернатов, дают основание предполагать следующее: больные в силу профиля своего заболевания не могут адекватно воспринимать окружающую обстановку, какая бы неблагоприятная она ни была; пациенты не заявляют требований из-за незнания своих прав либо неполучения информации об их нарушениях; больные по каким-либо причинам не верят в справедливое разрешение вопроса в случае обжалования; пациенты не ощущают себя здоровыми для самостоятельной инициативы по обжалованию; возможно, их жалобы не регистрируются надлежащим образом и не доводятся до адресата; отсутствие обращений больных является сигналом для более тщательного мониторинга.

Справедливости ради отмечу, что в последние годы в республике прилагаются целенаправленные усилия для развития психиатрии по различным направлениям. Имеются положительные перемены, реализуются мероприятия программы государственных гарантий, внедряются новые методики, препятствующие хронизации психических расстройств, применяются бригадные формы оказания психиатрической помощи в стационарных условиях, ощущаются подвижки в вопросах повышения качества лечения.

Однако, несмотря на некоторое улучшение положения дел в психиатрической службе в целом, в стационарах и интернатах оно все еще остается за чертой допустимого. Имеются достаточные данные утверждать, что публичные заявления должностных лиц здравоохранения о неукоснительном соблюдении конституционных прав больных зачастую оказываются декларативными. Наглядной иллюстрацией этого являются нелицеприятные факты, изложенные в докладе.

Трудно поверить, но по некоторым позициям коммунально-бытовые условия нахождения законопослушных пациентов в отдельных психиатрических стационарах республики действительно хуже, чем условия проживания осужденных в исправительных колониях. Вместе с тем, недостаточность финансовых и материальных ресурсов не может служить оправданием нарушений законодательно установленных требований к содержанию психически больных лиц.

Приходится констатировать, что результаты проверок перечисленных учреждений свидетельствуют о недостаточности внимания органов государственной власти к проблемам их развития. Наличие выявленных недостатков может свидетельствовать об определенных упущениях в ведомственном контроле со стороны Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики. Из бесед с должностными лицами усматривается, что руководство профильного министерства весьма затруднительно причислить к частым гостям стационаров и интернатов, расположенных в районах республики, особенно в «глубинке».

Лечебные и социальные учреждения психиатрического профиля достаточно редко посещаются неправительственными общественными и правозащитными организациями, что свидетельствует о недостаточной активности институтов общественного контроля. Возлагаемые на них надежды себя пока не оправдывают. Сложившаяся практика замалчивания имеющихся в этой области проблем создает ситуацию неосведомленности населения. Соответственно, общественного отклика на состояние дел в данной сфере мы не получаем, что способствует возникновению недоверия со стороны граждан к системе здравоохранения.

Следует также подчеркнуть, что серьезные нарушения прав лиц, содержащихся в стражном отделении Республиканской больницы, можно считать не просто носящими длящийся характер, а, скорее, превращающимися в отдельную историю игнорирования законов, поскольку перманентно продолжаются, начиная с 1998 года, по сей день. Для справки - в больнице ежегодно проводится в среднем 60

стационарных судебно-психиатрических экспертиз в отношении лиц, находящихся под стражей. Не составляет труда подсчитать общее число граждан, прошедших эти, так называемые, «тюремно-медицинские университеты» за все эти годы.

По ряду допущенных в психиатрических стационарах и озвученных в настоящем докладе нарушений лица, ранее содержащиеся в них, на полном основании вправе обращаться в судебные органы, вплоть до Европейского Суда по правам человека. В качестве примера достаточно привести известное прецедентное дело «Коровины против России» по жалобам на неудовлетворительные условия содержания заявителя в Казанской психиатрической больнице (нахождение в ограниченном пространстве, без туалета и нормальной вентиляции, со слабым освещением). Признав выявленные нарушения, Европейский Суд своим решением от 27.02.2014 обязал Российскую Федерацию выплатить заявителям 22,5 тысяч евро в счет компенсации причиненного морального вреда (физических и нравственных страданий), что, очевидно, не придает авторитета нашей стране.

Без предубеждения резюмируя вышеизложенное, прихожу к неутешительным выводам. Увиденное мною в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах обнажило болевые точки, узкие места и имеющиеся проблемы в медицинском и социальном обслуживании населения. Но оно, к сожалению, контрастирует с ведомственными отчетами.

Вся система мер, направленных на оказание психиатрической помощи, выходит за рамки нормативного регулирования, осуществляемого в пределах возможностей одного только медицинского ведомства. Требуется привлечение всего административного ресурса и активность неравнодушной части общества. Полагаю, что это неблагополучие требует объективной оценки, деятельного вмешательства, консолидации усилий и скорейшего исправления. Возможно и перераспределения сил и средств.

Правозащитниками утверждается, что во избежание будущих глобальных проблем нельзя допустить превращения психиатрии в падчерицу медицины, недопустимо поступаться принципами здравоохранения и продолжать копить проблемы в этой сфере годами. Для устранения негативной ситуации в республике жизненно необходимы проектирование и строительство новых современных зданий, которые отвечали бы стандартам размещения психически больных. Однако в Чувашии капитальное строительство психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов не только не ведется, но даже не стоит в планах на ближайшее будущее.

Нынешние темпы модернизации существующих учреждений не внушают оптимизма. Также существует обоснованное опасение, что в создавшихся в стране сложных экономических условиях давно назревшие реформы в развитии материально-технической базы учреждений и улучшении условий содержания психически больных лиц будут отеснены на второй, а может быть, даже и на третий план, как неприоритетные. Будет ли это соответствовать провозглашенным нравственным ценностям и отвечать нашим представлениям о гуманности и милосердии?

В подтверждение важности поднятых проблем приведу высказывание президента Независимой психиатрической ассоциации России Ю.С. Савенко: «Отношение к психически больным - это лицо общества и каждого из нас. Больные словно созданы, чтобы испытывать наше терпение и воспитывать нашу доброту. Они дают не только себе, но и нам шанс вырваться из шаблонов жизни».

**Уполномоченный по правам человека  
в Чувашской Республике Ю.С. Кручинин**

январь 2015 года



**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение .....	3
Актуальность вопроса защиты прав психически больных лиц.....	4
Международно-правовые стандарты защиты прав психически больных лиц.....	14
Нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере психиатрической помощи.....	17
Нормативные правовые акты Чувашской Республики в сфере психиатрической помощи.....	22
Из истории вопроса о состоянии дел в психиатрической службе Чувашии.....	25
Результаты проверок соблюдения прав человека в психиатрических стационарах Чувашской Республики.....	27
Результаты проверок соблюдения прав человека в Республиканской психиатрической больнице.....	30
Результаты проверок соблюдения прав человека в Шихазанской, Алатырской, Ядринской психиатрических больницах и новочебоксарских подразделениях Республиканской психиатрической больницы.....	36
Результаты проверок соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах Чувашской Республики.....	57
Меры реагирования на нарушения, выявленные в деятельности психиатрических стационаров и психоневрологических интернатов.....	70
Предложения.....	74
Заключение.....	77