

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

к.у

1. В комментируемой статье приводятся общие основания для помещения в психиатрический стационар независимо от того, является оно

добровольным или недобровольным; основания для последнего сформулированы в ст. 29 Закона.

В ч. 1 статьи содержится важное указание на то, что основанием для госпитализации в психиатрический стационар является, во-первых, наличие у пациента психического расстройства - это означает, что при отсутствии такового он не может быть помещен в психиатрический стационар. Иными словами, госпитализация в психиатрический стационар психически здорового лица противоречила бы Закону, кроме случаев направления на экспертизу (см. п. 2 комментария). Во-вторых, для такой госпитализации необходимо решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи. Такое положение созвучно ст. 20 настоящего Закона, в которой указывается, что заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья носит предварительный характер и что установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке являются исключительным правом врача-психиатра.

Указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 1993 г. № 14-У рекомендована форма «Направление на госпитализацию» (см. Приложение). Она ничем не отличается от обычной, за исключением той части, в которой речь идет о добровольности (недобровольности) госпитализации. В направлении должно быть указано, как осуществляется госпитализация - добровольно или недобровольно. В последнем случае в соответствующей графе должно быть указано, какому критерию (ст. 29 - пп. «а», «б», «в») соответствует психическое состояние больного. При этом указание на критерий должно вытекать из приведенного выше описания психического состояния пациента (см. также комментарий к ст. 29).

2. В ч. 2 данной статьи указывается, что, кроме названных в ч. 1, основанием для госпитализации в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации. Здесь имеется в виду необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, например, в случае совершения общественно опасного деяния лицом, у которого подозревается наличие психического заболевания (см. комментарий к ст. 14). То же можно сказать о военно-врачебной (см. комментарий к ст. 15), врачебно-трудовой экспертизе, основанных на соответствующем законодательстве.

Производство медицинской экспертизы трудоспособности (см. Сборник нормативных и методических материалов по врачебно-трудовой экспертизе. М., 1986) до настоящего времени, в частности экспертиза

временной нетрудоспособности, осуществлялось в учреждениях здравоохранения врачом или комиссией врачей, которые предоставляли отпуска по болезни, по уходу за больными членами семьи, для санаторно-курортного лечения, определяли необходимость и сроки временного перевода работника по болезни на другую работу и т.п., а также принимали решение о направлении на врачебно-трудовую экспертную комиссию.

Экспертиза длительной или постоянной утраты трудоспособности производилась врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК), которые устанавливали степень утраты трудоспособности, группу и причину инвалидности, определяли для инвалидов условия и виды труда, работы и профессии, доступные им по состоянию здоровья, проверяли правильность использования инвалидов на работе в соответствии с данными заключениями, содействовали восстановлению трудоспособности инвалидов. Заключение ВТЭК являлись обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций.

ВТЭКи находились в ведении Министерства социальной защиты. Они проводили свою работу на базе лечебно-профилактических учреждений. Существовали ВТЭКи специализированного профиля для освидетельствования лиц с психическими расстройствами. Освидетельствование граждан во ВТЭК проводилось по месту жительства либо по месту прикрепления к лечебно-профилактическому учреждению по направлению соответствующего лечебно-профилактического учреждения. Освидетельствование проводилось также в стационаре, где пациент находился на лечении, или на дому, в исключительных случаях - заочно, с согласия гражданина. Здесь важно отметить, что ВТЭКи имели право направлять лиц, проходящих освидетельствование, в лечебно-профилактические учреждения для уточнения диагноза и восстановительного лечения, в том числе для стационарного обследования с целью уточнения диагноза и степени нарушений функций организма (Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. Утверждено Постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 9 апреля 1985 г. № 147. СП РСФСР. 1985. № 11. Ст. 51).

В настоящее время, однако, осуществляется переход на другую систему экспертизы в связи с реализацией Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (СЗ РФ. 1995. № 48. Ст. 4563) и Указа Президента Российской Федерации от 1 июля 1996 г. № 1011 «О мерах по обеспечению государственной службы медико-социальной экспертизы». Имеется Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами», которым утверждено Положение о признании лица инва-

лидом и Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы. В соответствии с Положением о признании лица инвалидом медико-социальная экспертиза гражданина производится учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения, в том числе может проводиться в стационаре, где гражданин находится на лечении, на дому или заочно с его согласия или с согласия его законного представителя. К учреждениям медико-социальной экспертизы в системе органов социальной защиты относятся бюро медико-социальной экспертизы (в том числе специализированного профиля), в состав которых, помимо врачей, входят специалист по социальной работе и психолог (предусмотрено также создание главного бюро, при котором в случае необходимости может быть создано стационарное отделение). Новый подход к определению инвалидности связан с тем, что основаниями для этого являются следующие три признака:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

- необходимость осуществления мер социальной защиты.

В случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, программа дополнительного освидетельствования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно-профилактическом учреждении.

3. Часть 3 определяет добровольность помещения лица в психиатрический стационар - по его просьбе или с его согласия, за исключением случаев, строго оговоренных Законом (*ст. 29 и комментарий*). Собственно о добровольности принятия решения пациентом можно говорить лишь при соблюдении следующих трех условий:

- осведомленности пациента о своем праве согласиться с предложением врача о госпитализации или отказаться от нее;

- отсутствии принуждения к госпитализации;

- способности пациента в данный момент по психическому состоянию выразить свое отношение к госпитализации.

Каждое из этих условий требует специального пояснения.

1) Закон конкретизирует добровольность как просьбу пациента или его согласие; более того, предусматривается, что согласие на госпитали-

зацию в психиатрический стационар пациент дает в письменной форме. Сказанное исключает принятие врачом-психиатром решения о госпитализации (если нет оснований для недобровольного помещения в стационар) в категорической непререкаемой форме без учета права пациента отказаться от лечения в условиях стационара. Либо пациент сам просит о помещении его в стационар, либо дает согласие на госпитализацию, когда врач приводит в случае надобности аргументы, свидетельствующие о необходимости обследования и лечения именно в условиях стационара. Целесообразно в ряду других аргументов использовать то обстоятельство, что при изменении отношения пациента к пребыванию в больнице он, как находящийся в стационаре добровольно, может быть беспрепятственно выписан (ст. 40, ч. 2 *комментарий*).

2) Добровольность принятия пациентом решения о госпитализации предполагает отсутствие элемента обмана или принуждения, в какой бы форме они ни осуществлялись. Естественно, не допускается прямое принуждение, когда больному вкладывается в руку ручка и его понуждают поставить подпись под согласием на госпитализацию, иногда даже вуалируя содержание документа, которое он должен подписать. Недопустимо и косвенное принуждение, когда аргументы медицинского персонала предполагают как бы наказание за отказ от госпитализации за неуступчивость пациента, например, в такой форме: «если не согласитесь, оформим госпитализацию как недобровольную, тогда пробудете в больнице полгода, год» и т.п.

3) Необходимо при этом учесть, что «согласие» на лечение в виде подписи пациента, находящегося на момент поступления в больницу в состоянии, например, острого психоза с измененным сознанием или в состоянии выраженного слабоумия несомненно является артефактом (т.е. искусственно достигнутым согласием. - *Ред.*). В законе нет прямого указания на необходимость учитывать психическое состояние пациента при получении у него согласия на госпитализацию. Однако формула добровольности - по его просьбе или с согласия - несомненно предполагает, что пациент по психическому состоянию способен выразить свое отношение к направлению в стационар. Если по психическому состоянию пациент не способен выразить свое отношение к госпитализации, не может быть и речи о ее добровольности, а неизвестно как полученная подпись пациента будет представлять собой ничто иное как фикцию добровольности.

Поэтому прежде всего врач должен исключить состояния, при которых пациент не может обнаружить свое отношение к госпитализации (например, делирий, другие состояния измененного сознания, острая растерянность, выраженное слабоумие и пр.). Пациенты в таком психи-

ческом состоянии не подходят под п. 3 ст. 28, в котором говорится о добровольном помещении в стационар- по просьбе или с согласия пациента, что не может не означать, что пациент выражает свое отношение к госпитализации. Следовательно, помещение в стационар не способных по психическому состоянию больных обнаружить свое отношение к госпитализации, если оно осуществляется, должно проводиться без учета их воли (их согласия или просьбы), т.е. не добровольно, а в соответствии со ст. 29 настоящего Закона. Таким пациентам не предлагается подписать согласие на госпитализацию; в этих случаях выполняются юридические процедуры, вытекающие из недобровольности помещения их в больницу.

4. В ч. 4 данной статьи определяется порядок помещения в стационар несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или признанных судом недееспособными. Госпитализация таких лиц считается добровольной, если на нее дают согласие их законные представители. В первом случае - это родители, усыновители или опекун, во втором - опекун. Поскольку, определенный ч. 4 данной статьи порядок помещения в психиатрический стационар несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или лиц, признанных судом недееспособными, во-первых, по существу, лишает этих пациентов возможности определить свое отношение к факту их госпитализации, а во-вторых, для исключения злоупотреблений правом решать за этих пациентов (например, когда родители, усыновители или опекун хотят положить больного в стационар, чтобы отделаться от него или затягивают его выписку), Закон предусматривает особую процедуру в виде периодических освидетельствований их в стационаре комиссией врачей-психиатров - в первые 48 часов после помещения в больницу, затем ежемесячно в течение шести месяцев, а при дальнейшем пребывании в стационаре- не реже одного раза в шесть месяцев (ст. 31, ч. 1). Поскольку в практике детско-подростковой психиатрической службы не так уж редко между родителями несовершеннолетнего возникают разногласия по поводу госпитализации и один из них возражает против помещения дочери или сына в больницу, Закон определяет, что окончательное решение в этих случаях принадлежит органу опеки и попечительства. Предполагается, что таким образом будет принято решение, соответствующее интересам больного. Аналогичным образом орган опеки и попечительства берет на себя решение вопроса о госпитализации в случае отсутствия законных представителей. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в суд.

5. Часть 5 данной статьи определяет необходимость письменного согласия на госпитализацию. Такая запись в медицинской документации оформляется за подписью госпитализируемого лица или его законного

представителя и врача-психиатра. Наличие такого документального подтверждения добровольности стационарирования не только предупреждает злоупотребления, но и исключает возможность по-разному толковать позицию пациента или его законного представителя в отношении госпитализации, что могло бы иметь место, если бы согласие давалось лишь в устной форме.

Указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 1993 г. № 14-У рекомендована форма «Согласие на госпитализацию в психиатрический стационар» (см. Приложение).

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжёлым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или*
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или*
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.*

1. Статья регулирует одну из важных форм оказания психиатрической помощи, связанную с помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар, но не по его просьбе или с его согласия, а в недобровольном порядке. Значимость статьи определяется тем, что госпитализация в психиатрический стационар вопреки воле самого лица или его законных представителей сопоставима с лишением свободы. Речь идет о помещении этого лица в стационар до постановления судьи и, следовательно, только на основании заключения врача, что связано с неотложностью психиатрической помощи. Это можно трактовать как акт, аналогичный задержанию или взятию под стражу. Понятно поэтому, что состояние госпитализируемого должно соответствовать определенным критериям, которые являются непременным условием для принятия врачом решения о госпитализации больного в недобровольном порядке.

2. Статья содержит три критерия, которые действительно при следующем общем для всех критериев условии - если обследование и лече-

ние возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым. В связи со сказанным прежде всего возникает необходимость уточнить, какие психические расстройства следует отнести к тяжелым. Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание квалифицировать состояние как тяжелое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при психопатии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии).

Что касается другого условия, то оно имеет место, когда тяжесть психического расстройства сочетается с особенностями, которые отражены в изложенных в данной статье признаках, делающих возможным обследование и лечение только в стационарных условиях, исключая любую другую менее ограничительную альтернативу.

3. Остановимся на применении каждого из указанных трех критериев.

а) Критерий непосредственной опасности для себя или окружающих. Применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности обычно выделяют лиц: 1) опасных одновременно для себя и окружающих, 2) опасных для окружающих, 3) опасных для себя. Необходимо отметить, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность. Это обосновывается врачом в конкретном описании состояния лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно.

В первом случае речь идет о больных с наиболее острыми психическими состояниями, для которых характерен быстрый темп развертывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, яркость и насыщенность аффективных расстройств (страх, тревога, депрессия, мания). Поведение больных грубо нарушено в связи с изменчивостью сознания либо полностью определяется охваченностью бредовыми или галлюцинаторными переживаниями и преобладающим аффектом. Острота состояния бывает столь велика, что нередко возникают трудности в определении синдрома («асиндромальные состояния»). Наблюдаются резкие изменения и колебания выраженности симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки. У части больных поведение носит характер «бегства от преследователей» (больные внезапно выпрыгивают из общественного транспорта, из окна, пытаются вооружиться, проявляют не направленную на определенных лиц

агрессию к окружающим, освобождая себе «путь к спасению»). Преобладание страха, растерянности, разнообразных и изменчивых бредовых идей и меняющихся по содержанию галлюцинаций обуславливают быструю смену направленности опасных действий - опасность для окружающих внезапно сменяется опасностью для себя и наоборот. Фактически в связи с непредсказуемостью поведения состояние этих больных может быть расценено как опасное для себя и окружающих одновременно.

Квалификация лиц с выраженными психическими расстройствами как опасных для окружающих обусловлена возможностью реализации их бредовых замыслов, содержания галлюцинаторных расстройств, а также импульсивными агрессивными действиями, расторможенностью влечений. Сюда относятся больные с более или менее систематизированной бредовой фабулой или стойкой галлюцинаторной продукцией. Бредовая фабула часто имеет такие признаки, как относительное постоянство и конкретность смыслового содержания, направленность на определенных лиц, а обманы восприятия представлены галлюцинаторными «голосами». В период обострения бредовая активность возрастает, аффективная насыщенность бреда достигает высокой степени, отмечается переход к этапу «бредовой атаки», иногда с попытками реализовать довольно сложную, тщательно спланированную акцию расправы, «бредовой мести». В некоторых случаях больные вооружаются, устраивают засады, часто оказывают сопротивление при госпитализации. Опасность для конкретных лиц окружения больного может возникать при обострении систематизированного бреда преследования, ревности или иного содержания, когда бредовые высказывания начинают сопровождаться угрозами в адрес этих лиц или нередко нарастающими по степени агрессивности действиями. Все эти состояния на высоте обострения зачастую способны создать криминогенную ситуацию. У части больных опасность для окружающих может быть связана с импульсивными агрессивными действиями при наличии кататонических расстройств, когда не удается выявить конкретного бредового содержания. Наконец, опасность для окружающих может быть обусловлена расторможенностью влечений (например, агрессивно-садистские действия или сексуальная агрессивность к окружающим), а также психопатоподобными расстройствами с асоциальными тенденциями у больных с выраженным психическим дефицитом.

И, наконец, лица, страдающие психическими расстройствами, квалифицируются как опасные для себя в связи с выявлением у них аутоагрессивного поведения, представляющего опасность для их жизни или серьезную угрозу для здоровья, в связи с наличием суицидальных попыток или активными тенденциями, намерениями такого рода. Наряду с

очевидными признаками опасности, когда эти лица уже совершали суицидальные попытки или заявляют, что покончат с собой, опасность для себя может быть констатирована при подобных косвенных высказываниях или без них, в частности, при тоскливой или тревожной депрессии, депрессии с идеями самообвинения, при депрессивно-ажитированном возбуждении, а также при наличии особенностей в поведении, косвенно указывающих на суицидальные цели (например, при упорном отказе от приема пищи, хотя больные могут стараться маскировать или отрицать такие намерения).

б) Критерий беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, врожденного или приобретенного слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя, т.е. причиняющие себе ущерб не путем активных действий - самоубийства или членовредительства, а в результате пренебрежения заботой о своих интересах. Вопрос о необходимости их госпитализации возникает нередко в связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов (смерть, болезнь или вынужденный срочный отъезд). В этих случаях, оставаясь без надзора, они начинают бродяжничать, голодают, нередко оказываясь в ситуации, которая представляет угрозу для жизни.

в) Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется также к больным с тяжелыми психическими расстройствами. Речь идет о состояниях, характеризующихся определенной остротой (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых не обуславливает, однако, непосредственной опасности для себя и окружающих, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной. Сюда относятся, например, больные с маниакальными состояниями - явлениями психомоторного возбуждения, переоценкой своих возможностей, в том числе профессиональных, бессмысленной тратой крупных сумм денег, манкированием своими служебными и другими обязанностями, сексуальной расторможенностью, что вызывает на момент приступа (фазы) значительные семейные, материальные, производственные осложнения, компрометирует больных в глазах окружающих, сослуживцев, родных и в последующем сказывается на уровне социально-трудовой адаптации

этих пациентов. Закон концентрирует внимание на последствиях оставления таких лиц без психиатрической помощи в плане ухудшения их психического состояния.

Очевидно, что при достижении определенной тяжести описанного психического расстройства (психотический уровень) оставление больного без психиатрической помощи, если он отказывается от лечения, может вести к прогрессированию обострения или приступа, что означает существенный вред его здоровью.

Аналогичным образом решение о недобровольной госпитализации может приниматься в отношении больных с бредом малого масштаба, когда, в отличие от других наблюдений со стабилизированными на протяжении длительного времени бредовыми идеями обыденного содержания, не отражающимися существенно на поведении больных, отмечается выраженная динамика с утяжелением клинической картины, усложнением симптоматики за счет присоединения других психических расстройств и все более меняющимся в связи с этим поведением, т.е. имеет место прогрессирование психоза. Аналогичный подход с учетом установления отрицательной динамики состояния будет соответствовать данной статье Закона в случаях, когда клиническая картина определяется наличием бредовых идей любовного содержания с нарастающей активностью бредового поведения и нелепыми домогательствами в отношении «объекта любви» или в случаях подострой парафрени с нелепым поведением и высказываниями. Эти последние состояния в рамках приступа, обострения болезни, характеризуясь выраженностью, разнообразием и определенной остротой психопатологических расстройств, благодаря наличию гипоманиакального аффекта, положительной окраске содержания болезненных переживаний (идеи переоценки собственной личности, бредовые идеи фантастического, абстрактного содержания) обычно не обуславливают непосредственной опасности больного для себя и окружающих. Однако развитие клинической картины психоза с нелепым поведением больного, находящегося во власти болезненных переживаний, свидетельствует о необходимости психиатрической помощи и, поскольку он не отдает себе в этом отчета и отказывается от лечения – госпитализации в недобровольном порядке.

Сказанное не распространяется на стабилизированные хронические парафренические состояния (вне обострения), наблюдающиеся на отдаленных этапах заболевания, с упорядоченным поведением больных, хотя нередко и отмеченным значительным своеобразием.

Оставление всех указанных выше лиц с тяжелыми психическими расстройствами, за исключением последних, без психиатрической помощи сопровождается затягиванием, хронизацией состояния, прогресси-

рованием болезни, что квалифицируется в данной статье Закона как су* щественный вред здоровью вследствие ухудшения психического состоя* ния.

4. Следует указать, что Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке. Это необходимо особенно подчеркнуть в связи с тем, что некото* рые врачи-психиатры (а также некоторые судьи) в основном ориентиру* ются на критерий непосредственной опасности для себя или окружаю* щих как наиболее доказательный и очевидный. Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состоя* ние которых соответствует критериям «б» и «в», вне возможности полу* чить психиатрическую помощь. Абсолютизация непосредственной опас* ности в трактовке данной статьи ведет к игнорированию врачебного долга в отношении этих пациентов. Практика показывает, что таких па* циентов среди населения становится все больше и что сами они и их близкие страдают из-за невозможности добиться своевременного лече* ния. Неприменение критериев «б» и «в» в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует этим критериям, и отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке - такое же нарушение закона, как недобровольная госпитализация без указан* ных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права па* циентов на получение медицинской помощи. Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст. 47 настоящего Закона) в судебном порядке, в вышестоящий орган или прокуратуру.

5. Наконец, здесь следует указать на еще одно важное обстоятель* ство, которое отмечалось также в комментариях к ст. 28 Закона. В случае, когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое от* ношение к госпитализации (т.е. обратиться с просьбой или дать согласие на это), госпитализация должна оформляться как недобровольная. Речь идет либо о состояниях измененного сознания (сумеречное состояние, де* лирий, онероид), острых психозах с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, нередко дез* организацией поведения, либо подострых, затяжных психотических со* стояниях с близкими к этим чертами, либо, наконец, о состояниях выра* женного слабоумия, когда личностное отношение к факту госпитализа* ции практически установить невозможно, но при этом легко можно склонить больного к подписи под документом о согласии. Практически каждое из этих состояний соответствует одному из трех критериев не* добровольной госпитализации, но на практике эти пациенты нередко оформляются как поступившие в стационар добровольно, хотя их поме-

щёние в больницу нуждается в правовом контроле. Нарушением закона является также помещение в стационар части из этих пациентов (особенно больных с алкогольным делирием) без осуществления полагающейся правовой процедуры при недобровольной госпитализации в расчете на относительно кратковременный характер такого состояния, на то, что при выходе из него через четыре - шесть дней пациент задним числом подпишет документ о согласии на пребывание в стационаре.

6. Поскольку обоснованность госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, заключение врача о недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер, т.е. помимо диагноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. Иными словами, каждый врач-психиатр, принимающий решение о недобровольной госпитализации, должен составить предметное доказательное описание, из которого с достаточной степенью определенности можно было бы заключить, что оно соответствует одному из трех критериев, приведенных в данной статье и являющихся основанием для недобровольной госпитализации. В развернутом описании психического статуса должно быть указано, какому из критериев («а», «б» или «в») оно соответствует, а также то, что госпитализация недобровольная. Врач скорой психиатрической помощи, диспансера или психиатрического кабинета делает такую запись в «Направлении на госпитализацию», форма которого приведена в Приложении, врач приемного отделения больницы - в истории болезни, комиссия врачей-психиатров (в соответствии со ст. 32 Закона) - в заключении, которое также записывается в историю болезни.

7. Соответствие психического состояния пациента критериям недобровольной госпитализации на практике определяется чаще всего либо врачом психоневрологического диспансера (кабинета), либо врачом скорой психиатрической помощи, а после транспортировки больного в психиатрический стационар - врачом-психиатром приемного отделения. В течение 48 часов пребывания в стационаре пациент должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации (ст. 32 настоящего Закона). Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания, поскольку с этого момента могут быть в случае необходимости приняты меры принуждения, сдерживания, фиксации. Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе на

предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации. Так как каждый врач-психиатр независим в своих решениях (см. комментарий к ст. 21 настоящего Закона), он может не согласиться с решением врача скорой психиатрической помощи или диспансера; в таком случае пациент (не давший согласия на госпитализацию) может быть отпущен из приемного покоя. То же самое относится к решению комиссии врачей-психиатров, которая может подтвердить или не подтвердить обоснованность оценки состояния пациента; ее задача - исключить вероятность неправильного решения. Следует иметь в виду, что за временной промежуток между осмотрами состояние пациента может измениться или он может изменить свое отношение к госпитализации - дать согласие на лечение в стационаре. Вместе с тем в частых случаях несоответствие решения врачей может быть связано с трудностями оценки психического состояния пациента, особенно в условиях его осмотра врачом скорой психиатрической помощи, стоящим перед необходимостью более оперативного принятия решения. Закон учитывает возможность ошибки (важно, однако, чтобы решение врача было мотивировано описанием психического состояния пациента), предусматривая последующий контроль правильности решения с помощью освидетельствования комиссией врачей-психиатров.