

Центр защиты интересов лиц с психическими расстройствами (MDAC)  
по поручению

Международного Института Стратегических Исследований  
при Президенте Кыргызской Республики  
при поддержке

Общественного объединения “Психическое здоровье и общество”



# Закон Кыргызской Республики о психиатрической помощи и его исполнение

Октябрь 2003 года — доклад на английском языке  
представлен на рассмотрение Правительству  
Кыргызской Республики.

Январь 2004 года — текст переведен на русский язык,  
подготовлена публикация доклада.

---

**Центр защиты интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (MDAC)** – международная организация, размещающаяся в Будапеште (Венгрия), которая содействует и защищает права лиц, страдающих психическими расстройствами в странах региона Центральной и Восточной Европы, бывшего Советского Союза и Монголии. Целью MDAC является улучшение качества жизни этих людей посредством поддержки государственной политики, которая содействует их интеграции в общество, признает и соблюдает права человека. MDAC имеет консультативный статус от Совета Европы и является партнерской организацией Хельсинского Комитета по правам человека. Более подробная информация о MDAC опубликована на: [www.mdac.info](http://www.mdac.info)

## **Содержание**

1.	Введение .....	5
	Определения .....	5
2.	Методология .....	5
3.	Обзор системы психического здоровья в Кыргызской Республике .....	7
4.	Законодательство о психическом здоровье .....	9
4.1.	Закон Кыргызской Республики о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании (1999 г.) .....	9
4.1.1.	Отсутствие раздела “Терминология” .....	9
4.1.2.	Недобровольная госпитализация/ Принудительное содержание .....	10
4.1.2.i)	<i>Отсутствие ясных и конкретных положений, гарантирующих право пациента на адвоката на судебном процессе о применении содержания</i> .....	11
4.1.2.ii)	<i>Отсутствие четкого порядка судебного рассмотрения заявлений о применении принудительного содержания</i> .....	13
4.1.2.iii)	<i>Судебное рассмотрение дела о недобровольной госпитализации по истечении шести месяцев</i> .....	14
4.1.3.	Отсутствие положений, предусматривающих обязательный учет и расследование заявлений о случаях злоупотреблений и/или должностной халатности .....	14
4.1.4.	Отсутствие судебного рассмотрения или право недееспособных пациентов на адвоката .....	15
4.2.	Уголовный Кодекс Кыргызской Республики .....	15
4.2.1.	Отсутствие положения о недееспособных лицах, которые не могут участвовать в судебно-психиатрических слушаниях .....	16
5.	Неспособность адекватно исполнять Закон о психиатрической помощи 1999 года .....	16
5.1.	Отсутствие адекватного финансирования для исполнения закона .....	17
5.2.	Права пациентов .....	17
5.3.	Принудительный труд .....	18
5.4.	Недобровольная госпитализация/Принудительные меры .....	19
5.4.1.	Совершеннолетние .....	19
5.4.2.	Несовершеннолетние в возрасте младше 15 лет и старше .....	20
5.5.	Выписка “добровольно госпитализированных пациентов” .....	21
5.6.	Меры физического стеснения .....	23
5.7.	Неспособность учредить независимый орган контроля для рассмотрения заявлений о злоупотреблениях и должностной халатности, а также других нарушения прав пациентов .....	24
5.8.	Неспособность контролировать выполнение закона о психиатрической помощи .....	25

5.9.	Уголовное преследование деяний, совершенных против лиц, страдающих психическими расстройствами .....	25
6.	Неспособность адекватно исполнять Уголовный кодекс .....	26
6.1.	Несвоевременность проведения судебной экспертизы .....	26
6.2.	Неспособность обеспечить независимую экспертизу для лиц, проходящих по уголовным делам .....	26
7.	Условия ухода .....	27
7.1.	Международные и национальные стандарты .....	27
7.2.	Общие выводы относительно норм ухода .....	27
7.2.1.	Чрезмерная централизация .....	27
7.2.2.	Неадекватный уровень амбулаторной помощи .....	28
7.2.3.	Неадекватное обеспечение медицинскими препаратами .....	28
7.2.4.	Неспособность адекватно финансировать систему психиатрической помощи .....	28
7.2.5.	Отдельные психиатрические учреждения .....	29
7.2.5.i)	<i>РЦПЗ в Бишкеке</i> .....	30
7.2.5.ii)	<i>Психиатрическая больница в Чымкоргоне</i> .....	32
7.2.5.iii)	<i>“Трудовая колония” в Чымкоргоне</i> .....	36
7.2.5.iv)	<i>Реабилитационное Отделение (“Отделение 12”)</i> .....	39
7.2.5.v)	<i>Психоневрологическое отделение при Иссык-Кульской областной больнице в Караколе</i> .....	40
8.	Рекомендации .....	42
8.1.	Срочно прекратить нарушение прав человека .....	42
8.2.	Создание независимой службы по защите прав пациентов психиатрических учреждений .....	42
8.3.	Проведение обучения о существующем законодательстве и процедурам .....	43
8.4.	Обучение относительно судебно-психиатрической экспертизы .....	43
8.5.	Мониторинг процедур недобровольной госпитализации .....	44
8.6.	Обеспечение полного финансирования для выполнения Закона о психиатрической помощи и Национальной Программы на 2001–2010 гг. ....	44
8.7.	Финансирование процедуры применения мер принудительного содержания .....	45
8.8.	Проведение тренингов для пациентов и членов их семей .....	45
	ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	46
	Список проинтервьюированных лиц, рассмотренных документов и учреждений, посещенных во время визита экспертов .....	46
	ПРИЛОЖЕНИЕ В .....	49
	Выдержки из международных документов и национального законодательства и стандартов по оказанию психиатрической помощи .....	49

## **1. Введение**

В данном докладе предпринимается попытка изучить практику оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике и соответствие закона о психиатрической помощи международным стандартам с целью предоставления рекомендаций Правительству Кыргызской Республики по улучшению ситуации. Доклад был подготовлен по просьбе Администрации Президента Кыргызской Республики. В нем изучается система оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике, анализируются действующие законы Кыргызской Республики, имеющие отношение к оказанию психиатрической помощи и защите прав лиц, пользующихся услугами психиатрической службы в соответствии с действующими международными нормами, включая положения Резолюции 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН “Принципы защиты лиц, страдающих психическими расстройствами и улучшение психиатрической помощи” от 17 декабря 1991 г. (далее: “Принципы”).

### **Определения**

В докладе используются термины, которые приводятся в тексте Принципов. В частности, нами используются следующие термины:

“Адвокат” означает любого законного или другого квалифицированного представителя.

“Психиатрическая помощь” подразумевает анализ и диагноз психического состояния человека, а также лечение, уход и реабилитацию в связи с психическим заболеванием или предполагаемым психическим расстройством.

“Психиатрическое учреждение” означает любое учреждение или любое отделение учреждения, первоочередной функцией которого является оказание психиатрической помощи.

“Пользователь” – это лицо, получающее психиатрическую помощь, включая лиц, госпитализированных в психиатрический стационар.

“Личный представитель” – это лицо, которое в соответствии с законом обязано представлять интересы пациента в любых оговоренных случаях или осуществлять оговоренные права пациента от имени пациента, в том числе родителя или законного опекуна несовершеннолетнего, если национальным законом не предусматривается иное.

## **2. Методология**

22 января 2003 года Валентин Богатырев, помощник Президента Кыргызской Республики, отправил письмо доктору Арману Варданяну, исполнительному директору Центра по защите интересов лиц с психическими расстройствами (MDAC), с просьбой (1) изучить систему государственной психиатрической службы в Кыргызской Республике, (2) рассмотреть национальную программу по психическому здоровью на соответствие с принципами, описанными Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в своем “Отчете за 2001 год: Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда”, и (3) оценить существующее зако-

нодательство Кыргызской Республики по части оказания психиатрической медицинской помощи и защиты прав лиц, получающих психиатрическую помощь в соответствии с действующими международными стандартами, включая Принципы.

В ответ на это, MDAC совместно с сотрудниками независимой федеральной службы защиты лиц с психическими расстройствами штата Вашингтон в США (WPAS) сформировал группу экспертов – доктор Арман Варданыян, Дебора Дорфман и Крейг Аумиллер, – которые подготовили этот доклад. Они тщательно и всесторонне изучили Закон Кыргызской Республики “О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании” 1999 г. (здесь и далее: “**Закон о психиатрической помощи 1999 г.**”), Национальную Программу “Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 гг.” и другие соответствующие документы.<sup>1</sup>

Эксперты также посетили Кыргызстан с 1 по 10 июня 2003 года. За время своего визита они лично встретились с различными ключевыми фигурами в системе психического здоровья Кыргызской Республики, лицами, страдающими психическими расстройствами в психиатрических учреждениях, получающими амбулаторное лечение или проходящими лечение в дневных стационарах. Были организованы встречи с психиатрами и другими специалистами, с сестринским и другим вспомогательным персоналом, адвокатами, прокурорами, правозащитниками, государственными чиновниками, а также с законодателями. Кроме этого, эксперты посетили несколько психиатрических учреждений. Они беседовали с персоналом и пациентами Республиканского центра психического здоровья (здесь и далее: “РЦПЗ”) в Бишкеке и филиала РЦПЗ, также известного как “Отделение № 12”, расположенного недалеко от Бишкека, в селе Ново-Павловка, психиатрической больницы в селе Чымкоргон, а также психоневрологического отделения при Иссык-Кульской областной территориальной больнице в городе Каракол.<sup>2</sup>

Несмотря на то, что эксперты встретились с очень многими людьми, изучили множество документов, и посетили больницы на местах, все время ощущался недостаток времени. Например, отделение в Караколе – единственное учреждение из всех больниц, финансируемых из областного бюджета, которое удалось посетить. Эксперты не смогли попасть в учреждения, которые находятся в ведении Министерства труда и социальной защиты – это несколько домов инвалидов для людей с тяжелой формой инвалидности, в том числе, людей с психическими расстройствами. Эти учреждения занимают значительное место в системе социального обеспечения Кыргызской Республики. К сожалению, посещение этих учреждений не было предусмотрено в плане, и вследствие этого было невозможным из-за отсутствия времени.

Результаты исследования показывают, что до тех пор, пока не будут предприняты серьезные меры для должного исполнения закона о психиатрической помощи, принятого в 1999 г., система психического здоровья останется не только чрезмерно централизованной и институционализированной, но при этом ситуация будет продолжать ухудшаться. В результате постоянно растущего числа лиц, которые нуждаются в психиатрической помощи, уже создалась ситуация, когда Правительство не может адекватно удовлетворять все их потребности, даже самые насущные, такие как питание, необходимая медицинская помощь и лекарственные препараты, а также условия проживания. В отсутствие значительного реформирования, ситуация будет ухудшаться, а существующий кризис действительно перерастет в катастрофу ценой здоровья, безопасности, и прав человека лиц, страдающих психическими расстройствами в Кыргызской Республике.

<sup>1</sup> См. Приложение 1: Список изученных документов.

<sup>2</sup> См. Приложение 1: Список посещенных учреждений и лиц, с которыми встретились эксперты.

### **3. Обзор системы психического здоровья в Кыргызской Республике**

Система здравоохранения в Кыргызской Республике в настоящее время находится в переходном периоде, и Правительство предпринимает попытки найти пути более эффективного управления в условиях чрезмерно централизованной системы и постоянно растущих потребностей. Эта работа включает оказание психиатрической помощи, потребность в которой значительно возросла за последние годы. В 1999 году, в рамках попытки реформировать систему психического здоровья в Кыргызской Республике, Правительство приняло Закон о психиатрической помощи. Кроме этого, в 2000 году, Правительство запустило Национальную программу **“Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 гг.”** Закон и Национальная Программа предполагают переход от институционализированной, централизованной психиатрической помощи к системе, так называемой, общественной помощи или внебольничных форм помощи, где акцент делается на оказании индивидуальной помощи в общественных центрах, расположенных по месту жительства пользователей. Из-за отсутствия финансирования, реализация программы была отложена. По словам доктора Тилека Мейманалиева, первого заместителя министра здравоохранения, Министерство по международному развитию Правительства Великобритании (DfID) обещало Правительству Кыргызской Республики, что совместно с Всемирным Банком, полностью профинансирует Национальную программу по психическому здоровью. Доктор Мейманалиев также сообщил, что это финансирование в настоящее время приостановлено, в результате осуществления мероприятий, предусмотренных по национальной программе, было временно отложено.<sup>3</sup> Доктор Мейманалиев отметил, что ему не известны причины, почему это финансирование было приостановлено.

Несмотря на отсутствие международных партнеров, в 2001 году Министерство здравоохранения объединило Республиканскую психиатрическую больницу в селе Чымкоргон с Республиканским психоневрологическим диспансером и образовало Республиканский центр психического здоровья (РЦПЗ).<sup>4</sup> Позже, детскую психиатрическую больницу в селе Ивано-ка также присоединили к РЦПЗ. Эти мероприятия преследовали цель дальнейшей централизации служб психического здоровья, финансируемых из республиканского бюджета. В результате, это привело к концентрации средств и ресурсов в РЦПЗ, в Бишкеке, что, в свою очередь, повлияло на сокращение финансирования других учреждений, таких как психиатрическая больница в Чымкоргоне. Слияния также стали препятствием для развития общественных форм оказания помощи вне больницы, так как те скудные средства, выделяемые из государственного бюджета на оказание психиатрической помощи, в основном концентрируются в РЦПЗ, и совсем немного средств остается на развитие общественной психиатрической помощи. Все больницы психиатрического профиля являются государственными учреждениями и финансируются Правительством Кыргызской Республики.<sup>5</sup> РЦПЗ в основном предоставляет стационарную психиатрическую помощь, оказывает амбулаторное лечение. Пациенты также могут проходить лечение в отделении дневного стационара.

<sup>3</sup> Встреча от 6 июня 2003 года.

<sup>4</sup> См. Постановление Министерства здравоохранения КР от 4 мая 2000 г, N 138 (здесь и далее: “Постановление N 138”).

<sup>5</sup> См. Постановление N 138 и Устав РЦПЗ при Министерстве здравоохранения КР, утвержденный Постановлением N 138 МЗ КР от 4 мая 2000 г. (здесь и далее: “Устав РЦПЗ”).

Существует ряд психиатрических учреждений, которые работают на областном/районном уровнях.<sup>6</sup> Эти учреждения, такие как Иссык-Кульская областная больница, финансируются через областные бюджеты. Они являются государственными учреждениями и управляются государством через областные или районные администрации. Административно эти учреждения являются частью лечебно-профилактических учреждений общего профиля и финансируются через них. Неоднократно отмечалось, что в настоящее время наметилась тенденция к сокращению финансирования региональных учреждений в сравнении с теми, которые финансируются из республиканского бюджета, хотя экспертам не были представлены копии фактических бюджетов учреждений, финансируемых из республиканского и местных бюджетов. На местном уровне оказывается как стационарная, так и амбулаторная помощь. На *районном* и *областном* уровнях некоторые местные администрации ввели систему многостороннего финансирования при оказании психиатрической помощи.<sup>7</sup> Например, по словам заведующего отделения психоневрологии, Иссык-Кульская область участвует в пилотном проекте по внедрению системы многостороннего финансирования в ЛПУ психиатрического профиля. Эта система не внедряется на республиканском уровне, хотя некоторые законодатели настаивают на выполнении данного требования.

Министр здравоохранения Кыргызской Республики пояснил, что теоретически, система психического здоровья должна функционировать, как минимум, на трех уровнях: первичная медико-санитарная помощь, оказываемая на *районном* уровне врачами общей специализации; учреждения промежуточного уровня со средним сроком госпитализации с профессиональным персоналом психиатров, которые оказывают помощь на *областном* уровне; и учреждения третичного уровня с долгосрочной госпитализацией, оказывающие помощь на республиканском уровне на базе РЦПЗ в Бишкеке.<sup>8</sup> По словам министра, структура этой системы соответствует стремлению правительства КР оказывать гражданам Кыргызстана доступную психиатрическую помощь, которая осуществляется на местном уровне, что в свою очередь, соответствует рекомендациям ВОЗ и международных институтов в области психиатрии. Однако такая структура существует только в теории, как изложено ниже, что также было подтверждено доктором В.В. Соложенкиным, главным психиатром Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Вместо этого, как подтвердили пациенты трех психиатрических учреждений, на практике большое количество пациентов не получают качественную психиатрическую помощь на районном или областном уровне, в результате чего, РЦПЗ превратился в учреждение “первичного” вместо учреждения “третичного” уровня. Доктор Соложенкин отметил, что до сих пор у многих терапевтов отсутствует базовое понимание причин и соответствующего лечения психических заболеваний и, как следствие этого, врачи даже не предпринимают попыток лечить пациентов, имеющих психические расстройства. Вместо этого, таких пациентов зачастую направляют на стационарное лечение в РЦПЗ. Такое делегирование ответственности и оказания помощи в большинстве своем противоречит общим тенденциям и рекомендациям по оказанию соответствующей психиатрической помощи, поскольку очевидно, что такая практика отрывает пациента от его/ее естественного окружения.

<sup>6</sup> Административно-территориально Кыргызская Республика делится на: 6 областей (Ошская, Иссык-Кульская, Джалал-Абадская, Нарынская, Таласская и Чуйская) и 40 районов.

<sup>7</sup> Система многостороннего финансирования в настоящее время действует в ЛПУ общего профиля (Государственная программа КР реформирования системы государственного здравоохранения “МАНАС”).

<sup>8</sup> Встреча от 4 июня 2003 года.



В целом, действующая система психиатрической помощи в Кыргызской Республике остается отсталой, институционализированной и чрезмерно централизованной. Попытки изменить сложившуюся ситуацию столкнулись с сильным сопротивлением и другими дополнительными такими проблемами, как неадекватное финансирование, отсутствие квалифицированно подготовленных психиатров для оказания необходимых форм внебольничной психиатрической помощи, особенно в сельской местности, а также отсутствие частнопрактикующих психиатров. Несмотря на планы правительства существенно улучшить систему оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике, изложенной в Национальной программе “Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 гг.”, ситуация не меняется.

## **4. Законодательство о психическом здоровье**

### **4.1. Закон Кыргызской Республики о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании (1999 г.)**

Закон Кыргызской Республики о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании (здесь далее: “**Закон о психиатрической помощи 1999 г.**”), принятый Законодательным собранием КР 25 мая 1999 года и подписанный Президентом КР, – действующий законодательный акт, который определяет практически все аспекты оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике.<sup>9</sup> Большинство из действующих положений отражены в аналогичных нормативно-правовых документах США, России и Европы. В целом, Закон соответствует Резолюции 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН “Принципы защиты лиц, страдающих психическими расстройствами и улучшение психиатрической помощи” от 17 декабря 1991 года. Однако, как будет подробно изложено ниже, существует несколько основных элементов, которые нуждаются в пересмотре, либо отсутствуют в законодательном акте, и должны быть включены в действующий закон.

#### **4.1.1. Отсутствие раздела “Терминология”**

Важный компонентом, который отсутствует в действующем законодательстве о психиатрической помощи, является раздел терминологии или определений. Вследствие этого, как стало ясно во время визита наших экспертов в Кыргызстан, существует острая необходимость в руководстве по интерпретации Закона о психиатрической помощи. Например, в ходе беседы с молодыми специалистами РЦПЗ в Бишкеке, выяснилось, что каждый психиатр по-своему интерпретирует положения о недобровольном лечении Закона о психиатрической помощи 1999 г. Они также обратили внимание на необходимость составления справочника по терминологии.

Не только врачи и клинический персонал не были уверены в интерпретации положений Закона о недобровольной госпитализации, а также юристы и судьи. Например, на встрече с судьями Октябрьского районного суда Бишкека, они не могли между собой определить-ся в отношении интерпретации закона, и как он должен исполняться.

<sup>9</sup> В Законе не рассматриваются вопросы судебной психиатрии, но они содержатся в Уголовном кодексе КР. Вопросы о применении принудительных мер медицинского характера также отражены в Гражданско-процессуальном кодексе КР.

Конкретным примером разночтения в Законе о психиатрической помощи 1999 г. может служить термин “неотложные случаи”, как приводится в Статье 25 “Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без ее/его согласия или без согласия его/ее законного представителя”. В Законе нет четкого определения, что такое “неотложный случай”, и когда он наступает. Таким образом, существует вероятность того, что разные врачи трактуют этот термин по-разному, рискуя ущемить права пациентов.

Необходимо также привести в соответствие терминологию, которая приводится в Законе о психиатрической помощи 1999 года, с терминологией Гражданско-процессуального кодекса в отношении применения принудительных мер медицинского характера. Эти нормативно-правовые документы используют разные термины при рассмотрении одного и того же вопроса. Применение принудительных мер медицинского характера в Законе о психиатрической помощи 1999 г. оговаривается как “недобровольное лечение”, а в Гражданско-процессуальном кодексе – как “принудительное лечение”. Использование различных терминов создает дополнительную путаницу среди судей и юристов, которые привыкли руководствоваться Гражданско-процессуальным кодексом и медиков, которые руководствуются исключительно Законом о психиатрической помощи 1999 г.

Необходимо четко сформулировать термины в нормативных документах, таких как Закон о психиатрической помощи 1999 г., для того, чтобы увеличить вероятность более согласованной интерпретации среди судей, юристов, медицинского персонала и других специалистов, а также должного исполнения закона.

#### **4.1.2. Недобровольная госпитализация/ Принудительное содержание**

В Законе КР говорится, что лицо может быть задержано в целях проведения недобровольного стационарного лечения в психиатрической больнице в ограниченных случаях и согласно положениям, подробно изложенным в Законе о психиатрической помощи 1999 г., а именно, лицо может быть задержано для недобровольной госпитализации в случае, если было установлено, что он или она:

- представляет непосредственную опасность для себя или окружающих;
- неспособен самостоятельно ухаживать за собой, или
- при наличии риска ухудшения своего психического состояния, если лицу не будет оказана психиатрическая помощь.<sup>10</sup>

Закон далее оговаривает, что любой задержанный на основании положений Статьи 29, должен пройти психиатрическое освидетельствование в течение 72 часов, после его/ее госпитализации в психиатрическую больницу для определения обоснованности дальнейшей госпитализации. При выявлении отсутствия необходимости госпитализации, лицо должно быть немедленно выписано из больницы.<sup>11</sup>

Однако, когда дальнейшая госпитализация признается клинически обоснованной, то в течение 24 часов заявление о недобровольной госпитализации должно быть подано в местный суд для изучения дела и вынесения решения о необходимости проведения дальнейшей недобровольной госпитализации.<sup>12</sup> Суд должен рассмотреть вопрос о дальнейшей недобро-

<sup>10</sup> Статья 29 “Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>11</sup> Статья 32(1) “Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>12</sup> Статья 32(2); см. также Статью 33 “Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

вольной госпитализации лица в психиатрическом стационаре в течение 5 дней с момента получения заявления психиатра и психиатрической больницы.<sup>13</sup> Любая сторона может обжаловать постановление судьи в течение 10 дней после вынесения решения.<sup>14</sup>

Лица, чьи дела рассматриваются в суде, имеют право участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его/ее предлагаемой недобровольной госпитализации.<sup>15</sup> Суд должен обеспечить участие в судебном рассмотрении прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, а также законного представителя пациента.<sup>16</sup>

Если суд постановляет, что недобровольная госпитализация необходима, то в течение первых 6 месяцев нахождения пациента в стационаре, обоснованность такой госпитализации «подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, не реже одного раза в месяц».<sup>17</sup> После завершения первого 6-месячного периода, необходимость дальнейшей госпитализации рассматривается судом. Если суд выносит решение, что дальнейшая госпитализация является обоснованной, то он может продлить срок недобровольного психиатрического лечения.<sup>18</sup> В дальнейшем, необходимость дальнейшей госпитализации лица должна пересматриваться ежегодно.<sup>19</sup>

Несмотря на то, что эти положения Закона о психиатрической помощи 1999 г. о недобровольной госпитализации в качестве принудительной меры в достаточной мере соответствуют законам о применении принудительных мер медицинского характера США, Европейского Союза, а также России, ряд важных положений просто отсутствуют в этом разделе Закона о психиатрической помощи 1999 г. или существующие положения нуждаются в уточнении, а именно:

#### *4.1.2.i) Отсутствие ясных и конкретных положений, гарантирующих право пациента на адвоката на судебном процессе о применении содержания*

Международное право и нормы требуют, чтобы пациент был обязательно представлен адвокатом на судебном процессе о применении принудительного содержания, независимо от способности пациента оплачивать услуги адвоката.<sup>20</sup>

Положения, оговаривающие судебное рассмотрение заявлений о применении принудительного содержания, изложенные в Законе о психиатрической помощи 1999 г., являются неточными и не содержат конкретных указаний в отношении порядка проведения такого рассмотрения. Важным компонентом, который не совсем четко отражен в законе, является вопрос о наличии такого *права* на адвоката при судебных слушаниях.<sup>21</sup> Например, в Статье

<sup>13</sup> Статья 34(1) «Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке» Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>14</sup> Там же.

<sup>15</sup> Статья 34(2) Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>16</sup> Статья 34(3) Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>17</sup> Статья 36(1) «Продление госпитализации в недобровольном порядке» Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>18</sup> Статья 36(2) «Продление госпитализации в недобровольном порядке» Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>19</sup> Статья 36(3) «Продление госпитализации в недобровольном порядке» Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>20</sup> Принцип 18(1) Резолюции ООН 46/119 1991 г.

<sup>21</sup> «Право» на адвоката означает, что пациенту предоставляется адвокат для представления на судебном процессе о применении принудительных мер медицинского характера. В случаях, когда лицо не может оплатить эти услуги адвоката, такие услуги должны быть предоставлены лицу бесплатно.

34 “Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке” Закона о психиатрической помощи 1999 г. только делается ссылка на законного представителя пациента, устанавливая, что такой представитель должен быть “допущен к участию”, но, не определяя четко, кто оплачивает расходы на юриста или участие представителя.

В перечне прав пациентов, изложенных в Статье 5 Закона о психиатрической помощи 1999 г., Законом также устанавливается, что пациент имеет право на “помощь адвоката, законного представителя или иных лиц в соответствии с порядком, установленным законодательством Кыргызской Республики”. Обязательный слог этого положения как бы дает право на адвоката, однако, в Законе не оговаривается конкретный порядок назначения адвоката при слушании дела в суде о недобровольной госпитализации.

В Статье 7(3) “Представительство прав и законных интересов граждан, которым оказывается психиатрическая помощь” Закона о психиатрической помощи 1999 г. также делается ссылка на право иметь адвоката, оговаривая соответствующим образом, что “защита прав и законных интересов граждан, которым оказывается психиатрическая помощь, может быть осуществлена адвокатом. Порядок приглашения адвоката и оплата его/ее услуг предусмотрены законодательством Кыргызской Республики”.<sup>22</sup>

Несмотря на то, что Статья 5 Закона о психиатрической помощи 1999 г., по-видимому, предполагает право на адвоката, в Законе не оговаривается, обязано ли правительство покрывать расходы за тех, кто не может позволить оплатить услуги адвоката на суде; либо закон предусматривает право на адвоката, только если лицо или его/ее семья имеют финансовые средства для оплаты услуг адвоката. Аналогично, в Статье 7 Закона о психиатрической помощи 1999 г. и Статье 40 Конституции не затрагивается данный вопрос, хотя более конкретно оговариваются вопросы оплаты услуг адвоката в случае с неимущими лицами. Таким образом, данный вопрос не может быть разрешен без добавления в нормативные документы более конкретного, четко определенного положения.<sup>23</sup>

Право на адвоката необходимо для того, чтобы обеспечить защиту прав пациента во время процесса о применении содержания медицинского характера в виде недобровольной госпитализации. Недостаточно иметь законодательство, которое гарантирует лицам право нанимать адвокатов для представления их интересов, в виду того, что многие попросту не могут оплатить эти услуги.<sup>24</sup> Необходимо внести изменения в закон, чтобы в нем было четко сформулировано, что лицо, подлежащее недобровольной судебной госпитализации, имеет

<sup>22</sup> Статья 40 Конституции КР также предусматривает, что “каждый гражданин КР имеет право на квалифицированную юридическую помощь и защиту прав и свобод, гарантированных Конституцией”.

<sup>23</sup> Необходимо отметить, что если интерпретировать язык законодательных актов в том виде, как они существуют, в свете того, то, в принципе, лицам, на которых было подано заявление о недобровольной судебной госпитализации, гарантировано право на адвоката, услуги которого оплачиваются государством, но на практике, это право не реализуется. Как подробно рассматривается ниже, порядок недобровольной госпитализации в судебном порядке практически никогда не применялся. Более того, местные юристы сообщили, что государство не предоставляет по таким делам бесплатных юридических услуг. Они предоставляются в чрезвычайно ограниченных случаях – только по уголовным делам. (Юристы Общества юридической помощи только оказывают услуги представительства в уголовных делах.). Более того, Нурлан Сыдыков, представляющий Ассоциацию “Юристы Кыргызстана”, сообщил, что адвокаты не проявляют большого интереса к оказанию бесплатных (*pro bono*) представительских услуг лицам, страдающим психическими расстройствами.

<sup>24</sup> См. Kyrgyz Republic: Country Reports on Human Rights Practices – 1999 // United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. (February 23, 2000). В докладе обсуждаются плачевные условия, в которых проживают граждане КР.

право на адвоката, который представляет его/ее интересы, а в случае невозможности нанять адвоката, услуги адвоката должны быть предоставлены бесплатно.

#### *4.1.2.ii) Отсутствие четкого порядка судебного рассмотрения заявлений о применении принудительного содержания*

В Законе о психиатрической помощи 1999 г. отсутствует описание четкого порядка, регулирующего судебное рассмотрение заявлений о применении мер принудительного содержания. Согласно принятым во всем мире правовым и психиатрическим нормам и стандартам, при обоснованности дальнейшей недобровольной госпитализации свыше первых 72 часов, лицо имеет право на рассмотрение дела в суде, право на представительство адвокатом, а также право на процессуальные гарантии.<sup>25</sup>

Как минимум, эти гарантии должны включать следующее:

- право на адвоката;
- услуги переводчика, при необходимости;
- право потребовать и получить на любом слушании независимое психиатрическое заключение;
- право получить другие заключения или имеющиеся доказательства;
- право на копии истории болезни пациента, заключений, и других документов, необходимых для обоснования заявления о применении принудительного содержания, если только такая информация преднамеренно не используется для нанесения лицу серьезного вреда или ущерба, если лицо может это подтвердить;
- присутствие других лиц на слушании по просьбе законного представителя пациента;
- право решать предавать ли гласности слушание, в случае отсутствия причин, что такое решение может причинить ущерб пациенту или другим лицам;
- право посещать и участвовать в любом слушании, имеющем отношение к пациенту; и
- право на получение постановления суда в письменном виде с изложением причин, касающихся непосредственно решения суда о выдаче санкции на применении недобровольной госпитализации.<sup>26</sup> Всемирная психиатрическая ассоциация обратилась к данной проблеме в “Докладе о точках зрения на права и правовые гарантии лиц, страдающих психическими расстройствами” (здесь и далее: “Доклад ВПА за 1989 г.”).<sup>27</sup>

В действующее законодательство КР должна быть внесена особая формулировка касательно соблюдения необходимого порядка и прав лиц, чьи дела о недобровольной госпитализации рассматриваются в суде. Без изложения этих минимальных требований о соблюдении порядка и прав лиц, в целом рассмотрение дела о недобровольной госпитализации в судебном порядке рискует предстать бессмысленным. При отсутствии четкого изложения процедур и требований соблюдения прав, отсутствует возможность гарантировать защиту прав пациента при рассмотрении дела о недобровольной госпитализации в суде и обеспечить необходимый беспристрастный процессуальный порядок рассмотрения. Кро-

<sup>25</sup> См. Принципы 16,17, 18 Резолюции ООН 46/119 1991 г.; см. также Доклад ВПА о точках зрения на права и правовые гарантии лиц, страдающих психическими расстройствами, принятый Генеральной Ассамблеей ВПА в Афинах, 17 октября 1989 г. (здесь и далее: “Доклад ВПА 1989 г.”).

<sup>26</sup> Принцип 18 Резолюции ООН 46/119 1991 г.

<sup>27</sup> Доклад был одобрен Генеральной Ассамблеей ВПА, Афины, 17 октября 1989 г.

ме этого, отсутствие четких директив также повышает вероятность неоднозначного толкования закона судьями, юристами и медиками, тем самым еще больше подвергая риску права пациента.

#### *4.1.2.iii) Судебное рассмотрение дела о недобровольной госпитализации по истечении шести месяцев*

Международное право устанавливает, что решения о недобровольной госпитализации должны регулярно пересматриваться в установленные интервалы времени (например, по крайней мере, каждые 180 дней).<sup>28</sup> Закон о психиатрической помощи Кыргызской Республики 1999 г. предусматривает только ежегодное повторное рассмотрение решений о недобровольной госпитализации после предварительного постановления на госпитализацию и в последующих месяцах для пересмотра необходимости дальнейшей госпитализации. Таким образом, существует серьезный риск превышения срока недобровольной госпитализации, установленного законом, из-за рассмотрения дела в суде.

#### **4.1.3. Отсутствие положений, предусматривающих обязательный учет и расследование заявлений о случаях злоупотреблений и/или должностной халатности**

Все пациенты имеют право быть защищенными от любого вреда или ущерба. Данное положение включает, но не ограничивается злоупотреблениями со стороны других пациентов или персонала.<sup>29</sup> Несмотря на данное, четко оговоренное право, лица, страдающие психическими расстройствами, входят в группу самых уязвимых лиц, подверженных физическому и сексуальному насилию, и особенно те пациенты, которые проходят лечение в больших учреждениях. Повышенная уязвимость пациентов, страдающих от психических расстройствами подразумевает, чтобы персонал психиатрических и других институтов, учрежденных для лиц, страдающих психическими расстройствами, предпринимал позитивные меры для защиты пациентов от нанесения вреда себе или другими лицами. Ключевым компонентом обеспечения такой защиты является обязательное требование для персонала, работающего в психиатрическом учреждении, вести учет и проводить расследования любых заявлений о насилии в отношении пациентов или должностной халатности.

Действующий Закон о психиатрической помощи 1999 г. не содержит положений об обязательном учете и расследовании случаев насилия или должностной халатности. Закон необходимо пересмотреть и внести изменения, которые будут содержать положения об обязательной системе отчетности и расследования заявленных случаев злоупотреблений в отношении пациентов или должностной халатности. Система отчетности и расследования заявлений о насилии и должностной халатности являются ключевым элементом обеспечения выявления работников, которые жестоко или халатно обращаются с пациентами, и применения к ним дисциплинарных мер взыскания, вплоть до увольнения. Эти требования также призваны остановить или предотвратить случаи насилия или должностной халатности.

<sup>28</sup> См. Доклад ВПА 1989 г.

<sup>29</sup> Принцип 8 Резолюции ООН 46/119 1991 г.

#### **4.1.4. Отсутствие судебного рассмотрения или право недееспособных пациентов на адвоката**

Когда лицо не может самостоятельно принять решение о необходимости лечения, например, в случаях несовершеннолетних пациентов, а также лиц, с нарушениями интеллектуального развития<sup>30</sup> либо другими умственными расстройствами, для принятия такого решения необходимо назначить законного представителя. Однако для принятия такого решения законный представитель должен быть назначен только после “законного слушания дела независимым и беспристрастным судебным органом”.<sup>31</sup> Резолюция ООН 46/119 также устанавливает, что “в соответствии с целями настоящих Принципов и в контексте внутригосударственного законодательства, относящегося к защите несовершеннолетних, следует уделять особое внимание защите прав несовершеннолетних, включая, если необходимо, назначение личного представителя, не являющегося членом семьи”.

В Законе КР о психиатрической помощи 1999 г. отсутствуют положения о рассмотрении в судебном порядке или праве на адвоката лиц, недееспособных принять самостоятельное решение относительно госпитализации, а именно, несовершеннолетние младше 15 лет и лица, имеющие умственные расстройства. Более того, в Статье 7(2) Закона 1999 г. говорится, что такое решение принимается законным представителем лица и определяет таких законных представителей как “родители, приемные родители, опекуны”, при отсутствии таких представителей, законными представителями являются “администрация психиатрического учреждения или психоневрологического учреждения по социальному обеспечению или специального обучения”.

В действующее законодательство необходимо внести специальное положение, обеспечивающее назначение законного представителя для лиц, которые рассматриваются некомпетентными при решении вопросов госпитализации, что должно быть в соответствии с судебным рассмотрением дела при законном представительстве адвокатом лица, предположительно недееспособного или несовершеннолетнего, и необходимо наличие судебного постановления. Более того, изменения в законодательстве должны гарантировать такому лицу предоставление прав на судебное рассмотрение и на адвоката в случаях вынесения решения о недобровольной госпитализации или при проведении операционных вмешательств, таких как стерилизация, электрошоковая терапия, психиатрическая хирургия и другие аналогичные процедуры и виды лечения. Такой порядок рассмотрения и право на адвоката в суде являются насущными требованиями защиты прав таких пациентов.

#### **4.2. Уголовный Кодекс Кыргызской Республики**

В уголовном кодексе КР рассматриваются вопросы судебной психиатрической помощи, а именно, в нем установлены процедуры и порядок экспертной оценки уголовного подсудимого, страдающего психическими расстройствами, для определения того явилось ли психическое расстройство, полностью или частично, причиной совершения уголовного преступления в котором он/она обвиняется, а также для определения обоснованности помещения обвиняемого в психиатрическую больницу вместо тюремного заключения.

<sup>30</sup> Известного также как умственная отсталость

<sup>31</sup> Принцип 1(6) Резолюции ООН 46/119 за 1991 г.

#### **4.2.1. Отсутствие положения о недееспособных лицах, которые не могут участвовать в судебно-психиатрических слушаниях**

В Уголовном кодексе КР не содержится положений в отношении уголовно обвиняемых, которые неспособны предстать перед судом.<sup>32</sup> Таким образом, любой уголовно подсудимый, страдающий психическими расстройствами или умственными расстройствами должен предстать перед судом, независимо от их дееспособности. Это противоречит правовым стандартам, принятым в других странах мира. В Соединенных Штатах, например, если суд позволил уголовно подсудимому предстать перед судом, а предварительно судебно-психиатрическая экспертиза установила, что это лицо является недееспособным, чтобы предстать перед судом (например, неспособность понять предъявленные обвинения или он/она не могут помочь защите на суде), то это противоречит Конституции.<sup>33</sup> В таких случаях, американские суды выносят решение, что лицо, признанное недееспособным для участия на судебном процессе, должно пройти либо амбулаторное или стационарное лечение “для восстановления дееспособности”, обычно от 90 до 180 дней для освидетельствования восстановления его/ее дееспособности. Если после прохождения срока восстановления дееспособности, лицо становится дееспособным для того, чтобы предстать перед судом, то судебные слушания продолжаются. В противном случае, обвинения снимаются, и тогда рассматривается вопрос о применении принудительного содержания, и пациента госпитализируют в психиатрический стационар для прохождения лечения.

Необходимо пересмотреть Уголовный кодекс КР с целью включения положений, которые предоставят подобную защиту лиц, которые являются недееспособными для участия на судебном процессе.

## **5. Неспособность адекватно исполнять Закон о психиатрической помощи 1999 года**

Хотя содержание закона о психиатрической помощи в целом соответствует международным стандартам, на практике существуют значительные проблемы, связанные с фактическим исполнением закона. Как будет более подробно обсуждаться ниже, закон зачастую исполняется непоследовательно, а в некоторых случаях, практически не исполняется. Когда законы, такие как психиатрический закон 1999 г., не исполняются должным образом или вообще не исполняются, они становятся просто нереальными или иллюзорными. Для того чтобы существующий Закон о психиатрической помощи сделать действенным, он должен исполняться должным образом. В Резолюции ООН 46/119 1991 г. говорится, что “государства должны осуществлять настоящие Принципы с помощью соответствующих законодательных, судебных, административных мер, мер в области образования и других мер, которые они периодически пересматривают.”<sup>34</sup>

<sup>32</sup> Данный вопрос был поднят судьями Октябрьского районного суда г. Бишкек. Они все сообщили, что не положений, предусматривающий порядок участия недееспособных лиц на суде.

<sup>33</sup> См. *Jackson v. Indiana*, 406 U.S. 715 (1972) (Джэксон против штата Индиана, 406 U.S. 715 (1972 г.)).

<sup>34</sup> Статья 23(1) Резолюции ООН 46/119 1991 г.



### **5.1. Отсутствие адекватного финансирования для исполнения закона**

В Статье 17 “Финансирование психиатрической помощи” Закона о психиатрической помощи 1999 г. говорится: “Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из государственного бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, а также из иных источников, не запрещенных законодательством Кыргызской Республики в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи”.

Международные стандарты также обязывают психиатрические учреждения располагать достаточными ресурсами для оказания необходимой гарантированной помощи. Принцип 14(1)(a)-(d) Резолюции 46/119 ООН 1991 г. подразумевает, что “психиатрическое учреждение должно иметь доступ к тем же ресурсам, что и любое другое лечебное учреждение, в частности:

- (a) достаточное количество квалифицированного медицинского персонала и других специалистов и адекватное помещение для обеспечения каждому пациенту условий для уединения и проведения необходимого и активного курса лечения;
- (b) диагностическое и терапевтическое оборудование для пациента;
- (c) надлежащее обслуживание специалистами;
- (d) адекватное, регулярное, и комплексное лечение, включая обеспечение медицинскими препаратами”.

Кыргызская Республика нарушает международные законы и стандарты, а также нормативные документы в отношении обеспечения психиатрических учреждений необходимыми ресурсами. Несмотря на обязательное финансирование, согласно Статье 17 Закона о психиатрической помощи 1999 г., а также других соответствующих международных стандартов, наше исследование показало, что “отсутствие достаточного финансирования” приводится как единственная и самая распространенная причина неспособности исполнять закон о психиатрической помощи 1999 г. Отсутствие адекватного финансирования остается одной из самых значительных причин невыполнения закона, как отмечалось практически на всех встречах во время нашего визита.

Как обсуждается более подробно ниже, отсутствие финансирования неблагоприятно отразилось на условиях оказания помощи лицам, нуждающимся в психиатрической помощи, как в больших учреждениях, так и в больницах на местном уровне. В некоторых случаях, условия содержания в больницах являются настолько удручающими, что причиняют пациентам серьезный и непоправимый ущерб. Нарушение основных прав человека из-за отсутствия финансирования является неприемлемым.

### **5.2. Права пациентов**

В статье 5 Закона о психиатрической помощи 1999 г. перечисляются обязательные права лиц с психическими расстройствами касательно условий содержания при прохождении лечения в психиатрическом учреждении. Кроме всех прочих прав, эти права включают, но не ограничиваются

- правом на уважительное и гуманное отношение;
- правом на информацию о своей болезни;
- правом на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, и при возможности, по месту жительства;
- правом на все виды необходимой помощи исходя из медицинских показаний конкретного пациента; и

- правом на психиатрическую помощь “в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям”.

Аналогично, международные законодательные и психиатрические стандарты и нормы также требуют гарантии таких прав пациента.<sup>35</sup>

Кыргызская Республика не соблюдает свои внутригосударственные нормативные акты о психиатрической помощи в отношении прав пациентов, а также нарушает стандарты и требования, принятые во всем мире. При посещении психиатрических учреждений в Кыргызстане, таких как “Отделение № 12” РЦПЗ, Чымкоргон, и РЦПЗ эксперты обнаружили, что условия ухода значительно ниже принятых мировых стандартов, включая внутригосударственные стандарты Республики, предусмотренные законодательством. Таким образом, серьезно нарушаются даже основные права пациентов, помещенных в эти учреждения.

Необходимо также отметить, что положения закона о психиатрической помощи в отношении прав пациентов не только не исполняются, но в некоторых случаях они вопиющим образом игнорируются с преднамеренным безразличием. Доказательством этого является продолжительная неспособность и отказ Министерства здравоохранения предпринять действия по облегчению в высшей мере неадекватных условий содержания, запущенности и грязи, в которых живут пациенты Отделения № 12. В Министерство здравоохранения неоднократно обращались и просили рассмотреть эти неприемлемые для проживания условия местные правозащитные группы, включая Молодежную правозащитную группу.<sup>36</sup>

19 июня 2003 г. MDAC направил первому заместителю министра здравоохранения письмо, где подчеркивалась озабоченность существующему положению дел. Центр также выразил надежду, что в ближайшее время будут предприняты необходимые шаги по улучшению ситуации. Несмотря на эти просьбы, Министерство здравоохранения не предприняло никаких действий и до сих пор не ответило на письмо.

Другой пример. Во время посещения “трудоустройственной Колонии” Чымкоргонской психиатрической больницы, эксперты узнали, что пациенты женского пола неоднократно подвергаются физическому и сексуальному насилию со стороны пациентов-мужчин, с которыми они вынуждены жить в одном помещении. Эта проблема была немедленно адресована директору Чымкоргонской больницы, а также персоналу этой больницы, с просьбой немедленно облегчить сложившуюся ситуацию. Кроме этого, во время нашего пребывания в Кыргызстане, мы информировали г-на Т.С. Мейманалиева, первого заместителя министра здравоохранения, а также государственных чиновников и руководство РЦПЗ о нашей озабоченности в отношении безопасности пациентов-женщин. Официальные лица пообещали, что женщины-пациенты будут переведены в основное здание Чымкоргонской психиатрической больницы не позже 10 июня 2003 года. Несмотря на эти обещания Министерства здравоохранения, на момент публикации этого доклада и, исходя из имеющейся в нашем распоряжении информации, этот вопрос до сих пор не решен, а женщины трудовой колонии продолжают страдать и подвергаться серьезному риску насилия в будущем.

### **5.3. Принудительный труд**

Закон и Конституция Кыргызской Республики однозначно запрещают физическому или юридическому лицу заставлять работать бесплатно и никого принудительно, включая пациентов

<sup>35</sup> См. Доклад ВПА 1989 г., см. также Принципы 11, 12,13 Резолюции ООН 46/119 1991 г.

<sup>36</sup> См. Отчет НПО по мониторингу за 2002 год.

психиатрических учреждений).<sup>37</sup> Международные нормы также запрещают принудительный труд и требуют, чтобы любой труд, выполненный пациентами психиатрической больницы, вознаграждался должным образом. Принцип 13(3) Резолюции 46/119 ООН 1991 г. устанавливает, что “ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду”. Далее Принцип 13(4) Резолюции 46/119 ООН 1991 г. гласит, что “труд пациента в психиатрическом учреждении не должен эксплуатироваться. Любой такой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получило бы за аналогичную работу лицо, не являющееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его/ее работу”.

Практика принудительного труда в психиатрических учреждениях Кыргызской Республики нарушает законы и Конституцию КР, а также международные стандарты. Во время посещения РЦПЗ и Чымкоргонской психиатрической больницы, и пациенты, и персонал сообщили экспертам, что лица, содержащиеся в учреждении, обязаны выполнять работу по благоустройству больницы, но этот труд не оплачивается. Например, в РЦПЗ заместитель директора по лечебной части сообщила, что пациентов заставляют работать бесплатно в качестве “трудовой терапии”; аналогично, в Чымкоргонской психиатрической больнице, пациенты выполняют работу бесплатно.

Самый вопиющий пример бесплатного принудительного труда мы увидели в так называемой трудовой колонии, отделении Чымкоргонской психиатрической больницы. В трудовой колонии пациенты должны были выполнять такую работу как выращивание овощей и других культур, а также другие виды работ, во время проживания в больнице. Хотя эти пациенты работали почти каждый день полный рабочий день для больницы, они не получают никакого вознаграждения за такую работу.

## **5.4. Недобровольная госпитализация/Принудительные меры**

### **5.4.1. Совершеннолетние**

Как уже отмечалось выше, положения Закона о психиатрической помощи КР о недобровольной госпитализации ограничивают применение принудительных мер только к тем пациентам, которые, согласно постановлению суда, предположительно представляют угрозу для себя или для других, являются беспомощными, а также подвержены риску ухудшения их психического здоровья.<sup>38</sup> Более того, международное законодательство и стандарты признают, что при недобровольной госпитализации может иметь место значительное нарушение прав человека и, поэтому необходимы специальные критерии и правовые гарантии при применении принудительных мер медицинского характера.<sup>39</sup>

<sup>37</sup> Согласно Статье 28 Конституции Кыргызской Республики (*после внесения поправок* 1998 г.) и Статье 37 “Права и обязанности пациентов, находящихся в психиатрических стационарных учреждениях” Закона о психиатрической помощи 1999 г. (2), пациент должен “получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производственном труде”. Единственным исключением этого запрета является “случаи войны, природных бедствий, эпидемических или других чрезвычайных обстоятельств, а также в соответствии исполнением наказания по решению суда.” Статья 28(3) Конституции КР (*после поправок* 1998 г.).

<sup>38</sup> См. Статьи 28 и 29 Закона о психиатрической помощи 1999 г.; см. также Статью 18(3) Конституции КР (после поправок 21 октября 1998 г.) – “Никто не подлежит аресту или задержанию кроме как на законных основаниях”.

<sup>39</sup> См. Доклад ВПА 1989 г.; см. также Принципы 15, 16, 17, и 18 Резолюции ООН 46/119 1991 г.

Несмотря на четкие нормативные требования и международные стандарты, в результате нашего исследования, было выявлено, что порядок применения принудительных мер медицинского характера никогда не выполнялся. Например, судом Октябрьского района г. Бишкека, с момента принятия Закона о психиатрической помощи 1999 г., было рассмотрено только 5 дел по заявлениям администрации РЦПЗ – лечебного учреждения с коечным фондом на 700 мест. Судьи сообщили, что семьи зачастую являются инициаторами помещения своих родственников в психиатрическую больницу с целью проведения лечения. В таких случаях, эта госпитализация рассматривается как “добровольная”.<sup>40</sup> Следовательно, никакие судебные процедуры по недобровольной госпитализации не проводятся. Психиатры и сотрудники РЦПЗ также подтвердили, что они редко прибегают к судебным процедурам по недобровольной госпитализации, поскольку большинство их пациентов госпитализированы “добровольно” в результате обращения их семей с просьбой о госпитализации с целью проведения стационарного лечения. Аналогично, сотрудники Иссък-Кульского психоневрологического отделения сообщили, что они никогда не использовали судебный процесс недобровольной госпитализации, поскольку все их пациенты госпитализированы “добровольно” после получения согласия со стороны их семей на проведение лечения. Пользователи психиатрической службы считают, что если семья поместила их в психиатрическую больницу, то они должны там оставаться независимо от их желания и без рассмотрения возможности такой госпитализации в судебном порядке.

- *Показательный пример: На протяжении более чем 10 лет пациенткой реабилитационного отделения психиатрической больницы в селе Чымкоргон является одна женщина, которая была “добровольно” госпитализирована по просьбе ее родственников и без рассмотрения в дела суде или судебного постановления, которое считалось бы основанием для содержания в психиатрической больнице. Она там находится только благодаря тому, что так захотела ее семья.*

Такая практика является абсолютным нарушением положений Статей 4(2) и 28 Закона о психиатрической помощи 1999 г., где устанавливается, что “добровольная” госпитализация может осуществляться “по просьбе пациента или его/ее согласия”.

#### **5.4.2. Несовершеннолетние в возрасте младше 15 лет и старше**

В ходе нашего исследования было установлено, что положения закона о психиатрической помощи 1999 г. в части недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу несовершеннолетних в возрасте до 15 лет или старше не исполняются. На основании Закона, к несовершеннолетним в возрасте до 15 лет и старше, при рассмотрении вопроса о недобровольной госпитализации должен применяться тот же процессуальный порядок, как и к взрослым.<sup>41</sup>

Также, в ходе исследования, эксперты обнаружили, что точно также как в случае с совершеннолетними, требования законов в отношении несовершеннолетних в возрасте

<sup>40</sup> Согласно Статье 4 “Добровольное обращение за психиатрической помощью” Закона о психиатрической помощи 1999 г, “добровольная психиатрическая помощь” оказывается “при добровольном обращении лица и/или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом...[sic.]” Далее, в Статье 28(4) “Основания для госпитализации в психиатрический стационар” устанавливается, что добровольная психиатрическая помощь должна быть непосредственно основана на просьбе или согласии самого пациента.

<sup>41</sup> Этот вопрос регулируется положениями Статьи 28 (4) Закона 1999 г., а именно: “[не] совершеннолетний в возрасте младше 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его ро-

старше 15 лет, оговаривающие рассмотрение заявлений в судебном порядке при недобровольной госпитализации и необходимого наличия судебного постановления, санкционирующее недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар, не исполняются. Например, во время посещения в РЦПЗ в Бишкеке и Чымкоргоне, авторы встретились с лицами в возрасте до 15 лет и старше, которые содержались вместе с взрослыми пациентами. По словам персонала, они были помещены в больницу в “добровольном” порядке по просьбе их родственников. Таким образом, при госпитализации учитывалось желание родственников и не принималось во внимание согласие самого пациента или его пожелания. Сотрудники больницы в селе Чымкоргон также сообщили, что многие несовершеннолетние, которым 15 лет и старше, являются сиротами, которым по возрасту не полагается проживание в государственных домах-интернатах. Им приходится жить в Чымкоргоне из-за отсутствия других альтернатив, даже в случаях, если лицо не страдает психическими расстройствами.

- *Показательный пример: На протяжении двух лет 16-летняя пациентка находится в реабилитационном отделении Чымкоргонской психиатрической больницы. До этого она проживала в детском интернате. С тех пор как ей исполнилось 14 лет, по возрасту ей не полагалось проживать в интернате, и ее перевели в Чымкоргон. С момента помещения девушки в психиатрическую больницу, она рассматривается как “добровольный” пациент, и ее дело никогда не рассматривалось в судебном порядке по недобровольной госпитализации*
- *Показательный пример: За месяц до нашего визита, 15-летняя сирота с тяжелой формой умственной отсталости была помещена в отделение Чымкоргона для больных с острыми случаями. До госпитализации она жила в государственном интернате. Поскольку девушка больше не могла находиться в доме-интернате (не полагалось по возрасту), ее перевели в психиатрическую больницу.*

### **5.5. Выписка “добровольно госпитализированных пациентов”**

Неспособность исполнять закон в отношении выписки “добровольных” пациентов из психиатрических стационаров рассматривается как невыполнение закона относительно недобровольной госпитализации. В Статье 40(2) “Выписка из психиатрического стационара” Закона о психиатрической помощи устанавливается, что “Выписка лица, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его/ее личному заявлению, по заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача”. Кроме этого, Статья 40(1) Закона о психиатрической помощи 1999 г. предписывает выписку пациента из психиатрического стационара после клинического обследования, в результате которого специалисты пришли к заключению, что лицо не нуждается в дальнейшем стационарном лечении. На основе международных стандартов, пациент, госпитализированный в психиатрический стационар в “добровольном” порядке, подлежит выписке из больницы по его/ее заявлению, кроме случаев, когда он или она представляют опасность для себя или для окружаю-

---

дителей или иного законного представителя” (*выделено курсивом*)); Статья 31, “Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей”; и Статья 4(2), “Добровольность обращения за психиатрической помощью” – “[не] совершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанном в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим законом”).

щих или, если серьезно болен.<sup>42</sup> В частности, в Статье 15(3) Резолюции 46/199 ООН 1991 г. говорится, что “каждый пациент, госпитализированный не в принудительном порядке имеет право в любое время покинуть психиатрическое учреждение, если только не применяются критерии для его/ее принудительного содержания, предусмотренные в Принципе 16, ниже, и он/ она должен быть проинформирован об этом праве.”

Существующая практика выписки добровольно госпитализированных пациентов из психиатрических стационаров в Кыргызской Республике противоречит национальному законодательству, международным законам и нормам. Врачи и медицинский персонал РЦПЗ, Чымкоргонской психиатрической больницы, а также отделения психоневрологии при Иссык-Кульской областной территориальной больницы неоднократно отмечали, что зачастую семьи госпитализируют своих родственников в “добровольном” порядке, и пациент не может быть выписан из больницы, независимо от того, соответствует ли это решению о продлении госпитализации. Если родственники отказываются забрать пациента домой, тогда он/она вынужден находится в больнице на неопределенный срок. Пациенты-сироты или лица, которые утратили социальные связи, также вынуждены находится в больнице, независимо от состояния их здоровья до наступления смерти потому, что им зачастую просто негде жить. Эта проблема, как отметили психиатры и персонал больниц, особенно остро стоит с пациентами, которые приехали из отдаленных мест и находятся вдалеке от своих семей.

- *Показательный пример: Во время посещения Чымкоргонской психиатрической больницы, в женском реабилитационном отделении группа познакомилась с молодой женщиной-сиротой 28 лет. Она была помещена в Чымкоргон, когда ей исполнилось 14 лет, поскольку она больше не могла находиться в доме-интернате, где она проживала до этого. Ее лечащий врач подтвердил, что она не страдает ни умственными, ни психическими расстройствами, но на протяжении последних 14 лет она проживает в Чымкоргонской психиатрической больнице. Несмотря на то, что она хотела бы, чтобы ее выписали из больницы, врач объяснил, что поскольку она сирота, и у нее нет семьи, она вынуждена остаться в больнице на неопределенный срок.*

Психиатры, с которыми мы беседовали, также подтвердили, что зачастую семьи злоупотребляют принудительной госпитализацией для решения своих семейных проблем. Они отметили, что если член семьи имеет спорные имущественные вопросы с остальными родственниками, то последние обычно помещают этого члена семьи в психиатрическую больницу и оставляют его там. Таким образом, пациент вынужден остаток всей своей жизни находиться в больнице. Психиатры также сообщили, что именно женщины особо подвержены этому риску, потому что их семьи просто не хотят, чтобы они возвратились домой. Они также отметили, что мужчины зачастую помещают своих жен в психиатрические больницы из-за семейных спор, потери работы основного кормильца, в результате чего он более не способен проявлять заботу о своей жене, и/или других супружеских проблем.

---

<sup>42</sup> В случаях, когда “добровольно” госпитализированный пациент хочет выписаться из больницы, но при этом его/ее врач считает, что он/она представляет опасность для себя или для окружающих, то пациент подлежит дальнейшей недобровольной госпитализации в соответствии с порядком о недобровольной госпитализации, включая рассмотрение дела в суде. Статья 40(5) Закона о психиатрической помощи обязывает, что “пациенту, помещенному в психиатрическую больницу добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссия врачей-психиатров психиатрического учреждения установит основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные Статьей 29 настоящего Закона. В таком случае, вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления его госпитализации, и выписки из стационара решаются в порядке, установленном Статьями 32-36 и пунктом 3 Статьи 40 настоящего закона.”

- *Показательный пример: Во время посещения женского отделения для больных с острыми случаями заболеваний Чымкоргонской психиатрической больницы, наша группа познакомилась с женщиной, которая раньше работала медсестрой. В результате имущественного спора со своей сестрой, последняя поместила ее в психиатрическую больницу в Чымкоргоне. Ее родственники не забирают ее домой, несмотря на то, что, по словам персонала, ее состояние хорошее. Следовательно, она вынуждена оставаться в больнице. В ожидании дня, когда ее семья заберет ее домой, она помогает сестринскому персоналу больницы убирать палаты.*
- *Показательный пример: Во время посещения Чымкоргонской психиатрической больницы эксперты познакомилась с женщиной, которую поместили в больницу ее родственники. Ранее она проживала в сельской местности, далеко от больницы. С момента госпитализации 9 месяцев назад, она потеряла все связи с семьей, и теперь вынуждена находиться в Чымкоргоне до конца своей жизни, так как ее семья отказалась забрать ее домой.*

### **5.6. Меры физического стеснения**

Согласно Закону о психиатрической помощи, “меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющих непосредственную опасность для себя или для других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала.”<sup>43</sup> Не существует каких-либо четких инструкций по использованию форм физического стеснения. Однако закон устанавливает, что “все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства”<sup>44</sup> и, это в полной мере применимо к формам физического стеснения.

Формы физического стеснения, применяемые в психиатрических учреждениях Кыргызской Республики, свидетелями которых были авторы данного исследования, далеки от того, чтобы называться уважительными и гуманными. Иногда пациентов привязывают к кровати и оставляют так несколько дней подряд. По словам психиатра, заведующего отделением Чымкоргонской больницы, такие пациенты иногда ходят в туалет под себя и, тем самым, портят матрацы. Для того, чтобы предотвратить дальнейшую порчу матрацев, запасы которых очень скудны, этим пациентам просто не выдавались новые, и, следовательно, к ним применялись меры физического стеснения – прямо под кроватью с железными прутьями помещали горшок, чтобы они могли сходить в туалет. Когда наши эксперты обсуждали эти методы с главным психиатром отделения, она со слезами на глазах объяснила, что она понимает, что так делать нельзя и, “это неправильно”, но она не знает, что делать. В больнице постоянно существует проблема нехватки квалифицированного персонала, и поэтому приходится применять меры физического стеснения на продолжительные промежутки време-

<sup>43</sup> Статья 30(2) “Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>44</sup> Статья 5 “Права лиц, страдающих психическими расстройствами” Закона о психиатрической помощи от 1999 г.

ни. На практике, такие меры физического стеснения часто применяются в отношении лиц, страдающих старческим слабоумием и умственными расстройствами.<sup>45</sup>

- *Показательный пример: Пациентка 14 лет, страдающая умственной отсталостью, была госпитализирована в психиатрическую больницу Чымкоргона из детского интерната примерно за месяц до посещения учреждения нашими экспертами. По словам сотрудников больницы, к молодой девушке применялись следующие меры физического стеснения: ее привязывали за запястья и лодыжки к кровати на продолжительное время – вплоть до нашего приезда. По словам сотрудников больницы, такие меры были необходимы потому, что пациентка кусала себя и окружающих. Однако персонал не применял никакой психологической программы для того, чтобы помочь этой молодой девушке изменить это поведение, как и не существовало никаких программ, применяемых к другим пациентам, страдающих умственной отсталостью.*

### **5.7. Неспособность учредить независимый орган контроля для рассмотрения заявлений о злоупотреблениях и должностной халатности, а также других нарушения прав пациентов**

Закон о психиатрической помощи обязывает учредить орган для защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Статья 38 “Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах” Закона о психиатрической помощи 1999 г. подразумевает, что государство обязано создать “службу защиты пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, независимую от органов здравоохранения. Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения, либо в зависимости от их характера, направляют в органы представительной и исполнительной власти, прокурору или в суд”.

Создание таких независимых органов соответствует международным нормам и законам. Согласно Принципу 22 Резолюции ООН 46/119 1991 г. “государства обеспечивают наличие соответствующих механизмов для содействия соблюдению настоящих Принципов для инспектирования психиатрических учреждений, для представления, рассмотрения и разрешения жалоб, а также для возбуждения соответствующих дисциплинарных или судебных разбирательств случаев нарушения служебных обязанностей или прав пациента”.

Требование Закона о психиатрической помощи 1999 г. о создании органа защиты пациентов, страдающих психическими расстройствами, по рассмотрению жалоб по оказанию им психиатрической помощи не выполняется. В настоящее время не существует органа, уполномоченного выполнять эти обязанности. Следовательно, положения Закона о психиатрической помощи 1999 г., предусматривающие рассмотрение жалоб пациентами в отношении их лечения и разрешения этих вопросов в судебном порядке, на практике являются не действенными, поскольку нет гарантии, что такие лица при обжаловании могут получить услуги адвоката в условиях отсутствия органа, уполномоченного оказывать такую помощь. Следовательно, создалась ситуация,

<sup>45</sup> Закон КР о психиатрической помощи также требует учета и оформления случаев применения мер физического стеснения, фиксируя формы физического стеснения и время в медицинской документации пациента по каждому случаю изоляции и применения физического стеснения или других видов физического стеснения. Очевидно, что такие случаи, описанные выше, не оформляются надлежащим образом. Однако, при этом, возникает более вопрос профессиональной компетентности и этических норм, которые не рассматриваются в данном отчете.



когда, несмотря на то, что закон четко определяет процедуру, порядок обжалования пациентами действий учреждения и персонала данного учреждения, оказывающего такую психиатрическую помощь,<sup>46</sup> такие жалобы не высказываются и, как правило, не рассматриваются.

### **5.8. *Неспособность контролировать выполнение закона о психиатрической помощи***

Согласно Статье 46 “Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи” закона КР о психиатрической помощи 1999 г., на Генерального прокурора Республики возлагается обязанность надзора за соблюдением законов об оказании психиатрической помощи КР.<sup>47</sup>

На практике это требование не выполняется. Во время поездки в Кыргызстан, эксперты встретились с г-ном Амиром Шагивалиевым, главой Отдела по надзору за соблюдением прав человека и одним из его коллег. Во время встречи, г-н Шагивалиев сообщил, что он и его коллеги практически не занимаются обеспечением соблюдения законов о психиатрической помощи КР и других законов о правах человека для лиц, страдающих психическими расстройствами. Причина, почему так мало времени уделяется таким важным вопросам, – нехватка специалистов (он сообщил, что в его штате работают только 6 прокуроров и 1 инспектор), и поэтому его потенциал и возможности заниматься этими вопросами, ограничены. Когда авторы спросили его, был ли он когда-нибудь в психиатрической больнице в Чымкоргоне, он ответил, что был там 1 раз, более десяти лет тому назад.

### **5.9. *Уголовное преследование деяний, совершенных против лиц, страдающих психическими расстройствами***

Согласно законодательству КР, каждый, совершивший преступление, против лица, страдающего психическими расстройствами, несет уголовную, а также административную и гражданскую ответственность.<sup>48</sup> Несмотря на обязательное применение уголовной и другой ответственности к гражданам, совершившим преступления против лиц с психическими расстройствами в процессе оказания им психиатрической помощи, эксперты обнаружили, что такие лица редко призываются к ответственности за свои деяния в уголовном или ином порядке. По мнению г-на Шагивалиева, причиной для этого является отсутствие квалифицированного персонала в прокуратуре. Он также отметил, что для того, чтобы успешно расследовать такие дела необходимо оперативное реагирование с тем, чтобы предотвратить сокрытие важных улик преступления. Пациенты практически не имеют возможности непосредственно связаться с милицией или прокурором, поэтому правоохранительным органам и прокуратуре очень трудно отреагировать своевременно. Следовательно, преступления, совершенные против пациентов в психиатрических учреждениях КР в основном остаются безнаказанными, следовательно, работники, злоупотребляющие своим служебным положением, продолжают работать с пациентами и, практически ничего не сдерживает их от такого поведения.

<sup>46</sup> См. Статья 47 “Порядок и сроки обжалования” и Статья 48 “Порядок рассмотрения жалоб в суде” и Статья 49 “Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>47</sup> Статья 46(3) Закона о психиатрической помощи 1999 г.

<sup>48</sup> См. Статья 50 “Ответственность за нарушение настоящего Закона” Закона о психиатрической помощи 1999 г.

## **6. *Неспособность адекватно исполнять Уголовный кодекс***

### **6.1. *Несвоевременность проведения судебной экспертизы***

Согласно Уголовному кодексу КР, судебно-психиатрическое освидетельствование должна быть поведена в течение 30 дней после вынесения решения суда о проведении такой экспертизы. Это требование систематически не соблюдается. В ходе проведения нашего исследования, к нам поступил целый ряд жалоб в отношении неадекватного исполнения этого требования Уголовного кодекса о проведении судебно-психиатрической экспертизы в отношении уголовно подозреваемого с психическими расстройствами. В основном, такие экспертизы проводятся несвоевременно. Прокурор, Амир Шагивалиев, отметил, что согласно Уголовному кодексу требуется проведение такой психиатрической экспертизы в течение 30 дней после решения суда. Несмотря на это требование, зачастую проведение экспертизы занимает до 6 месяцев. Частично, это объясняется нехваткой квалифицированных судебных экспертов-психиатров. Такие экспертизы проводятся только на юге страны, в психиатрической больнице Кызыл-Жар, и только недавно появилась возможность проведения экспертизы в Чымкоргоне. Судьи Октябрьского районного суда, юристы Фонда юридической помощи и доктор Роза Раимбекова, бывший главный врач РПНД, также подтвердили что существуют значительные задержки проведения судебной экспертизы.

### **6.2. *Неспособность обеспечить независимую экспертизу для лиц, проходящих по уголовным делам***

Как уже рассматривалось выше, Уголовный кодекс КР предусматривает наличие постановления суда о проведении судебной экспертизы лица, обвиняемого в совершении уголовного преступления, для установления воздействия его/ее психического состояния на действия этого лица в связи с заявленным преступлением. Такие экспертизы проводятся государственными экспертами. Если обвиняемый не согласен с результатами экспертной оценки, он/она может запросить вторичное проведение экспертизы, которую проводит специальная комиссия в составе государственных экспертов. Также, в качестве альтернативы, обвиняемый может нанять независимого эксперта для проведения независимой судебной экспертизы обвиняемого и, таким образом, помочь суду в рассмотрении дела.

Несмотря на то, что по закону лицо, обвиняемое в совершении уголовного преступления, имеет право на вторичное заключение или независимую экспертизу в целях защиты, адвокаты обвиняемых практически никогда не обращаются за вторичным заключением или независимым расследованием. Так, во время нашего визита, юристы Фонда юридической помощи сообщили, что они никогда не нанимали независимого эксперта, так как у них нет на это средств.<sup>49</sup> Таким образом, без соответствующего финансирования независимых экспертов, это право становится иллюзорным или нереальным.

<sup>49</sup> Юристы Фонда Юридической помощи также отметили, что они очень редко обращаются с просьбой проведения вторичной экспертизы комиссией в составе государственных экспертов, хотя не объяснили почему.

## **7. Условия ухода**

### **7.1. Международные и национальные стандарты**

На протяжении многих лет различными международными институтами и организациями в сфере здравоохранения разрабатывался ряд документов, в которых, как резонно можно отметить, фактически изложен текст общепризнанных международных норм и стандартов в сфере оказания психиатрической помощи. Эти документы затрагивают вопросы этики в сфере психиатрии; отчеты и рекомендации международных организаций здравоохранения касаются непосредственно оказания психиатрической помощи; различные декларации, договоры и конвенции оговаривают и устанавливают конкретные основополагающие, широко признанные права человека.<sup>50</sup>

В Кыргызской Республике Закон о психиатрической помощи 1999 г. является единственным самым важным и значительным документом в сфере минимальных стандартов и норм оказания психиатрической помощи. Закон был принят с конкретной целью обеспечения минимальных стандартов и норм оказания помощи гражданам Кыргызской Республики, страдающих психическими расстройствами.

В качестве критериев оценки и анализа существующего состояния психиатрической службы в Кыргызской Республике, в нашем исследовании будет использовано собрание международных стандартов, изложенных в различных документах, упомянутых выше. Хотя эти документы представляют собой нераздельное целое, некоторые разделы являются непосредственно актуальными для нашего исследования. Поэтому, мы посчитали нужным привести выдержки из оригинальных текстов в Приложении В к данному отчету.

### **7.2. Общие выводы относительно норм ухода**

#### **7.2.1. Чрезмерная централизация**

Большинство психиатрических служб в Кыргызской Республике сосредоточены на базе основных учреждений Бишкека, и, в частности, под подчинением РЦПЗ. Такая чрезмерная централизация противоречит международным нормам в отношении оказания эффективной психиатрической помощи в условиях, максимально приближенных к месту жительства пользователей. Следовательно, Постановление № 138, которое было принято совершенно недавно Министерством здравоохранения, вдвойне нарушает эти нормы и является причиной для дальнейшей централизации системы психического здоровья в стране.

<sup>50</sup> Эти ключевые документы включают, но не ограничиваются следующими документами: “Международный Пакт о гражданских и политических правах” (принят Генеральной Ассамблеей ООН 23 марта 1976 г.), “Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах” (принят Генеральной Ассамблеей ООН 3 января 1976 г.), “Конвенция об исключении всех форм дискриминации женщин” (принята Генеральной Ассамблеей ООН 3 сентября 1981 г.), Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 46/119 “О защите лиц, страдающих психическими расстройствами и улучшение качества психиатрической помощи” (принята Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г.), Всемирная Психиатрическая Ассоциация: “Доклад точек зрения на права и законные гарантии лиц с психическими расстройствами” (принят Генеральной Ассамблеей Всемирной Психиатрической Ассоциацией в Афинах, Греция, 17 октября 1989 г.), “Тавайская Декларация” Всемирной Психиатрической Ассоциации (принята Всемирной Психиатрической Ассоциацией в Вене, Австрия, 10 июля 1983 г.), Доклад ВОЗ Секретариату о Круглом столе на тему психического здоровья, организованный ВОЗ 19 мая 2001 г., Отчет ВОЗ Секретариату “Психическое здоровье реагирует на призыв к действию” от 11 апреля 2002 г. и “Отчет ВОЗ за 2001 г. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда”.

### **7.2.2. Неадекватный уровень амбулаторной помощи**

В ходе нашего исследования эксперты провели наблюдение трех случаев оказания амбулаторной помощи. Она предоставлялась в двух амбулаторных отделениях РЦПЗ и в виде неформальных последующих посещений пациентов персоналом отделения психоневрологии больницы г. Каракола. Очевидно, что большинство кыргызских врачей продолжают считать, что стационарное лечение является предпочтительным методом при оказании психиатрической помощи. Это также противоречит действующим международным нормам и стандартам.

### **7.2.3. Неадекватное обеспечение медицинскими препаратами**

Как более подробно описано ниже, всем республиканским службам психического здоровья свойственно отсутствие соответствующих лекарственных средств. Такая ситуация наблюдается в отношении более старых препаратов, которые перечислены в действующем формуляре, утвержденном правительством. Это также относится и к препаратам, широко используемым в других странах. Например, ни один из психиатров, с которыми мы встретились, не имел возможности обеспечить своих пациентов “Флуоксетином”, одним из самых распространенных и эффективных антидепрессантов. Некоторые психиатры даже не слышали о таком медицинском препарате. Это печально, если принять во внимание, что эксклюзивный срок патента на “Флуоксетин” истек, в настоящее время, в широкой продаже имеются непатентованные формы данного препарата, которые стоят намного дешевле. Было отмечено, что время от времени препарат “Клозапин” используется как нетипичный антидепрессант. Суда по всему, психиатры, не могут заказать другие виды нетипичных антидепрессантов, такие как, “Респирадон” или “Оланзапин”, которые не вызывают побочных летальных эффектов, как это потенциально свойственно препарату “Клозапин”. Опять же, это говорит о крайне насущной необходимости увеличить доступность не только препаратов старого поколения, перечисленных в утвержденном государственном формуляре, а также расширить эти формуляры и добавить более безопасные и эффективные препараты, которые широко доступны в более развитых странах.

Любопытно отметить, что в РЦПЗ в Бишкеке осуществляется почти эксклюзивная поставка препаратов, которые не включены в формуляр. Это также можно рассматривать в качестве одного из примеров чрезмерной централизации ресурсов.

### **7.2.4. Неспособность адекватно финансировать систему психиатрической помощи**

Финансирование системы психиатрической помощи в Кыргызской Республике пребывает в плачевном состоянии. На сегодняшний день система неспособна обеспечить минимальный объем ухода за лицами, страдающими от психических расстройств, даже самые насущные, такие как питание, необходимая медицинская помощь и лекарственные препараты. Поэтому, исследуя систему психического здоровья в Кыргызстане на предмет соответствия этим элементарным нормам, становится очевидным, что она не соответствует международным нормам и стандартам ухода, и неизбежно будет продолжать оставаться на том же уровне, пока объемы финансирования не будут существенно увеличены.

В ходе нашего визита, многими официальными лицами и специалистами было отмечено, что хроническая нехватка средств остается единственным, самым злободневным препятствием для оказания адекватной психиатрической помощи гражданам Кыргызской Рес-

публики. Безусловно, граждане КР и международное сообщество должны немедленно предпринять усилия для того, чтобы увеличить этот объем финансирования и довести его до соответствующего уровня.

Тем не менее, как обсуждалось членами ВОЗ на 54 Генеральной Ассамблеи ВОЗ, неадекватное финансирование не может быть использовано в качестве универсальной отговорки за неспособность найти более эффективные, экономичные меры и механизмы оказания психиатрической помощи. Доктор С. Назаркулов, генеральный директор РЦПЗ в Бишкеке, согласился с тем, что функционирование больших психиатрических больниц, таких как РЦПЗ, не обязательно является самым эффективным и экономичным средством оказания хорошей психиатрической помощи. Если принять во внимание, что в Кыргызстане многие люди живут за чертой бедности и, что значительное повышение уровня жизни уязвимых слоев общества, таких как лица с психическими расстройствами, в краткосрочной перспективе маловероятно, то следует признать, что специалисты, работающие в сфере психического здоровья в стране сталкиваются с особенно чрезвычайной ситуацией. Они несут общую ответственность за изыскание и обеспечение адекватных средств самым возможно экономичным и безотлагательным образом.

Более того, МДАС не может сделать вывод, что очевидная нехватка финансирования и отсутствие необходимых средств может служить достаточным оправданием за многочисленные нарушения прав человека, свидетелями которых стали сами эксперты, или о которых им сообщили в отдельных психиатрических учреждениях. В большинстве случаев, дополнительные гарантии, которые призваны обеспечить более безопасные и гуманные условия для пациентов, проживающих в этих психиатрических учреждениях, не требуют значительных сумм или вообще не требуют денежных вложений. Кроме этого, вызывает тревогу сам факт отсутствия интереса со стороны некоторых органов системы психиатрической помощи в Кыргызской Республике. Безразличие со стороны этих властей в отношении обеспечения этих базовых элементарных гарантий прав человека, откровенно говоря, вызывает недоумение. Эти дополнительные гарантии, относительно недорогие и легко выполнимые, будут рассмотрены ниже на примере условий содержания в некоторых конкретных психиатрических учреждениях республики.

В конечном счете, как оказалось, выделенные бюджетные средства системе психиатрической помощи КР не используются должным образом и распределяются необъективно. Например, в филиалах РЦПЗ, в отделении больницы в Чымкоргоне, где осуществляется трудовая программа, и Отделении № 12 в селе Ново-Павловка, были выявлены признаки обветшания, нехватки основных жизненно-важных ресурсов и существенной неспособности оказывать помощь, намного хуже той, которая оказывается в основной больнице РЦПЗ. Это свидетельствует о неравномерной концентрации средств не только на уровне РЦПЗ и его филиалов в целом, но также внутри самого РЦПЗ в Бишкеке. Условия ухода в Чымкоргоне и в Отделении № 12 были намного хуже условий отмеченных в отделении психоневрологии при областной больнице в г. Караколе. Это также свидетельствует о том, что средства распределяются неравномерно и необъективно по всей системе психического здоровья в Кыргызской Республике.

### ***7.2.5. Отдельные психиатрические учреждения***

Все четыре психиатрических учреждения, которые посетили наши эксперты, так или иначе, нарушают основные международные нормы в отношении условий оказания помощи. Однако необходимо отметить значительную разницу в отношении степени и количества этих нарушений в этих учреждениях.

### 7.2.5.i) РЦПЗ в Бишкеке

Построенный в 1956 году, РЦПЗ является учреждением, которое зачастую воспринимается Кыргызским психиатрическим сообществом как главное психиатрическое учреждение в Кыргызской Республике. Это большая больница, расположенная в Бишкеке. Как уже отмечалось выше, по мнению министра здравоохранения КР, РЦПЗ выполняет функцию лечебного учреждения третичного уровня, оказывающим помощь лицам, которые до этого безуспешно лечились в психиатрических учреждениях районного или областного уровня.

Благодаря своему централизованному столичному расположению, РЦПЗ имеет возможность для тесного сотрудничества с кафедрой психиатрии при Медицинской Академии КР, которую возглавляет доктор Соложенкин В.В., главный психиатр Министерства здравоохранения КР. Эта кафедра при Медакадемии предоставляет профессиональную подготовку и аттестацию студентов в сфере психиатрии. Благодаря этому сотрудничеству с группой молодых, целеустремленных студентов, будущих психиатров, многие из которых высказали желание быть информированными об основных международных стандартах и нормах в сфере оказания психиатрической помощи, РЦПЗ имеет ресурсные преимущества, которые отсутствуют во всех других учреждениях Кыргызской Республики.

В настоящее время РЦПЗ обслуживает в среднем 700 пациентов. Они распределяются по учреждению на основе следующих определений: мужчины-пациенты в острой стадии психоза; женщины, также находящиеся в острой стадии психоза; пациенты, которые по заключению персонала РЦПЗ, страдают различными невротическими и психосоматическими расстройствами; пациенты отделения для определения пригодности для службы в армии; мужчины, которые по оценке персонала РЦПЗ, “потеряли социальную связь с родственниками” (эти мужчины находятся в Отделении № 12, которое более подробно будет описано ниже); одно отделение, оказывающее амбулаторную помощь для взрослого населения; и одно детское отделение, где оказывается амбулаторная и стационарная помощь.

Все отделения, посещенные экспертами, были переполнены. В каждой палате находилось от 14 до 16 кроватей, и, как результат, очень мало пространства для свободного передвижения пациентов, отсутствуют возможности для уединения, и совершенно нет места для размещения личных принадлежностей. Сотрудники сообщили экспертам, что каждое отделение функционирует сверх своих потенциальных возможностей и мощности.<sup>51</sup>

По словам сотрудников РЦПЗ, включая доктора Назаркулова С, больница не может гарантировать пациентам адекватное питание,<sup>52</sup> соответствующие медицинские препараты, одежду, мягкий инвентарь, включая постельные принадлежности, одеяла и матрасы. Другие работники больницы отметили, что основные работы по благоустройству больницы (покраска, побелка стен и др.) осуществляются самим персоналом. Несколько сотрудников со-

<sup>51</sup> Согласно Принципу 13 Резолюции ООН 46/119 1991 г., “любой пациент, находящийся в психиатрическом стационаре имеет право, в частности, на полное уважение его или ее ... (b) права на уединение”.

<sup>52</sup> Статья 11(2) Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах” (принят Генеральной Ассамблеей ООН 3 января 1976 г.) гласит: “Участвующие в настоящем Пакте государства, признавая основное право каждого человека на свободу от голода, должны принимать необходимые меры индивидуально и в порядке международного сотрудничества, включающие проведение конкретных программ, для того чтобы: а) улучшить методы производства хранения и распределения продуктов питания путем широкого использования технических и научных знаний, распространения знаний о принципах питания и усовершенствования или реформы аграрных систем таким образом, чтобы достигнуть наиболее эффективного освоения и использования природных ресурсов; б) обеспечить справедливое распределение мировых запасов продовольствия в соответствии с потребностями и с учетом проблем стран, как импортирующих, так и экспортирующих пищевые продукты”.

общили о том, что временами ощущается острая нехватка матрацев, в результате чего, пациентам иногда приходится спать на голых, покрытых ржавчиной пружинах кровати. Что касается основных санитарно-гигиенических требований, то сотрудники двух отделений сообщили нам, что пациентов купают, в среднем, каждые 10 дней. В одном отделении не было туалета в рабочем состоянии.<sup>53</sup>

По мнению многих сотрудников, также ощущается значительная нехватка персонала для оказания адекватной помощи и обеспечения безопасности пациентов. Из-за хронической нехватки сотрудников, некоторые пациенты, состояние которых более стабильное, помогают ухаживать и смотреть за пациентами, которые пребывают в острой стадии психического расстройства.<sup>54</sup>

Что касается обеспечения медицинскими препаратами, сотрудники больницы сообщили, что из-за перебоев медицинского обеспечения, медикаменты приходится назначать по остаточному принципу. Согласно этому принципу, пациенты, которые находятся в острой стадии и недавно госпитализированные, получают медикаменты в первую очередь. Персонал признал, что когда испытывается острая нехватка медикаментов, то некоторые пациенты, которые должны получать лекарства, не получают никаких медикаментов в течение длительного периода времени. Такое хаотичное, несистемное назначение психотропных препаратов производит, без сомнения, менее чем оптимальный, а скорее, даже опасный эффект на пациентов.

Пациенты мужского и женского отделений для больных с острыми случаями заболеваний, с которыми удалось поговорить, отметили, что они принимали такие психотропные препараты как “Талоперидол” и “Циклодол”.<sup>55</sup>

Эксперты заметили, что несколько лиц с умственной отсталостью были размещены среди общей массы пациентов. Сотрудники признали, что РЦПЗ иногда госпитализирует пациентов с умственной отсталостью, так как для них не существует никаких специальных медицинских программ, разработанных с учетом уровня интеллектуального развития таких пациентов.

Принимая во внимание то, что все опрошенные пациенты на предмет приема психотропных препаратов заявили, что они получают одинаковое лечение и то, что в ходе лечения пациентов с нарушениями в развитии используется подход, который не отличается от лечения других взрослых пациентов психиатрической больницы, можно заключить, что РЦПЗ при оказании помощи пациентам не использует индивидуальный подход.

Более того, за исключением тех лиц, находящихся на лечении в невротическом отделении, ни один пациент клиники РЦПЗ не получал курсы психотерапии. Это может служить дополнительным свидетельством отсутствия в РЦПЗ дифференцированных форм оказания помощи.<sup>56</sup>

При комплексном рассмотрении, очевидно, что РЦПЗ едва ли относится к категории небольших, психиатрических стационаров, оказывающих интенсивную помощь, как огово-

<sup>53</sup> Встречи с персоналом РЦПЗ от 4 июня 2003 г.

<sup>54</sup> Согласно Принципу 14 (1) Резолюции ООН 46/119 1991 г., психиатрическое учреждение должно быть обеспечено, кроме всего прочего, “в достаточном количестве квалифицированным медицинским и другим соответствующим персоналом.”

<sup>55</sup> Встречи в присутствии врача в палатах 9 и 10 в РЦПЗ от 4 июля 2003.

<sup>56</sup> Принцип 9 (2) Резолюции ООН 46/119 от 1991 г. устанавливает: “уход и лечение каждого пациента проводится по индивидуально определенному плану, который обсуждается с пациентом, регулярно пересматривается и, при необходимости, изменяется и обеспечивается квалифицированным медицинским персоналом.”

рено и рекомендовано в “Отчете Всемирной Организации Здравоохранения за 2001 г.”. Согласно этому документу, учреждениями данной категории могут рассматриваться стационары, где пациенты проходят курс лечения в максимально короткие сроки с интенсивным назначением психотропных препаратов, после чего пациенты выписываются. Это также признал доктор Соложенкин В.В., который сообщил нашим экспертам, что многие пациенты, госпитализированные в больницу РЦПЗ, могли бы более результативно лечиться по месту жительства через амбулаторные службы помощи.

Несомненно, психиатрическая больница РЦПЗ, далека от того, чтобы рассматриваться учреждением “третичного” уровня, вместо этого РЦПЗ функционирует как учреждение “первичного” уровня, и располагается на большом расстоянии от места жительства многих пациентов. Вместо того, чтобы оказывать помощь, как в настоящее время рекомендовано психиатрическим стационарам, в соответствии с международными стандартами, РЦПЗ продолжает работать, как замыслилось первоначально, другими словами, как громоздкое учреждение закрытого типа. Принимая во внимание все эти ограничения, необходимо отметить, что в настоящее время РЦПЗ пытается, но пока безуспешно, выполнить эту существенно ограниченную функцию. Даже психиатрические стационары закрытого типа должны обеспечивать своих пациентов медицинскими препаратами, а также соответствующим персоналом, как минимум, в объеме, необходимом для поддержания состояния больных, наряду с обеспечением соответствующего питания, одежды, мягкого инвентаря, включая постельное белье, матрасы. По словам самих сотрудников РЦПЗ, которые, очевидно, расстроены существующим положением дел в своей больнице, это отсутствует.

#### *7.2.5.ii) Психиатрическая больница в Чымкоргоне*

По словам медперсонала РЦПЗ в Бишкеке, в случаях, если в течение трех месяцев с момента госпитализации пациента в РЦПЗ существенного улучшения состояния не наблюдается, то его/ее переводят в филиал РЦПЗ в селе Чымкоргон. Это село находится в 85 километрах к востоку от Бишкека. В целом, эта процедура перевода более или менее соблюдается, хотя некоторые пациенты, опрошенные экспертами в ходе посещения РЦПЗ, находились в больнице намного дольше трехмесячного срока. Другие пациенты были госпитализированы непосредственно в Чымкоргон и не проходили лечения в Бишкеке. Кроме этого, как нам сообщили сотрудники РЦПЗ, пациенты, от которых “отказались” их семьи, также переводятся в Чымкоргон. Выяснилось также, что такая процедура в целом соблюдается. Многие пациенты в Чымкоргоне, чаще всего, из отдаленных сельских районов, подтвердили, что они были помещены в филиал в результате того, что были “оставлены” их семьями. По существу, это служит еще одним свидетельством чрезмерной централизации системы психического здоровья в КР.

На встрече с экспертами, доктор Джаныбек Аджибеков, директор филиала РЦПЗ в Чымкоргон, сообщил, что в настоящее время в Чымкоргоне проходят лечение 500 пациентов. Доктор Аджибеков объяснил, что первоначальная мощность больницы была рассчитана на 850 пациентов, но больничные палаты, в которых предполагалось разместить дополнительные 350 коек, в настоящее время пришли в состояние непригодное для проживания. Некоторые сотрудники в Чымкоргоне, а также и сам доктор Аджибеков, сообщили, что их отделение в Чымкоргоне сможет обслуживать большее количество пациентов, когда будет закончено строительство нового здания, финансируемого Исламским Банком Развития. Сотрудники больницы в Чымкоргоне показали это здание экспертам. Как отметил г-н Аджибеков, это



здание, очевидно, еще не пригодно для проживания и не может быть использовано для госпитализации пациентов.<sup>57</sup>

Что касается укомплектования больницы персоналом, доктор Аджибеков сообщил, что фактически в настоящее время в больнице работает 300 сотрудников, хотя по штатному расписанию больницы полагается иметь 550 сотрудников. Чтобы компенсировать эту нехватку, некоторые сотрудники работают в течение двух дней, без отдыха.<sup>58</sup>

Доктор Аджибеков также сообщил что: 1) проблем в Чымкоргоне “так много”, что невозможно описать их подробно; 2) он уверен, что экспертам будут понятны эти проблемы к концу их осмотра учреждения; 3) больница в Чымкоргоне испытывает хроническую нехватку материальных средств; и 4) такая “нехватка” претерпевают все психиатрические учреждения по Республике в целом.

Больница в Чымкоргоне обслуживает три общие группы населения: лица с психическими расстройствами в “острой” стадии; пациенты отделения гериатрии; и пациенты, к которым были применены принудительные меры медицинского характера по результатам судебной экспертизы. Больница также, имеет так называемую, “трудовую Колонию” (более подробно описанную ниже), где пациенты проходят “трудовую терапию”. Эксперты посетили палаты всех из перечисленных отделений, включая “трудовую колонию”.

Как было указано выше, несмотря на то, что большинство пациентов в Чымкоргоне были переведены из РЦПЗ, врачи-психиатры в больнице Чымкоргон не могут оказать этим пациентам никакой формы терапии, которая также не оказывалась ранее, в РЦПЗ. Персонал и пациенты в Чымкоргоне, также как и в Бишкеке, привели тот же самый скудный перечень медикаментов – галоперидол и циклодол – которые являются основной и возможно единственной формой фармакологического лечения. Сотрудники и пациенты в Чымкоргоне выразили даже большее возмущение относительно частых перебоев с лекарственным обеспечением по сравнению с их коллегами в Бишкеке. Сотрудники сообщили, что зачастую они не могут обеспечить пациентов ни соответствующими нейролептическими средствами, ни соответствующими корректорами для устранения побочных эффектов. Более того, один пациент сообщил, что он “испытывал желание убить себя”, потому что ему был назначен галоперидол без каких-либо “корректоров”. В отношении этого самого пациента, сотрудники больницы подтвердили, что в настоящее время они не способны оказать ему соответствующую помощь, чтобы исключить испытываемые им побочные эффекты.

Это вызывает озабоченность в связи с невероятными страданиями отдельных пациентов, которые не могут получить надлежащие психотропные препараты, это также иллюстрирует систематическую несостоятельность системы психического здоровья в Кыргызской Республике.

Больница в Чымкоргоне, которая, это необходимо помнить, считается филиалом РЦПЗ, является учреждением скорее даже не “третичного” уровня, как характеризует ее Министр здравоохранения, было бы правильное рассматривать ее как учреждение типа “хоспис”. Принимая во внимание то, что большинство пациентов там уже исчерпали все возможные формы лечения, а также учитывая тот факт, что родственники некоторых пациентов “отказались” от них, существует вероятность того, что большое число пациентов Чымкоргона оста-

<sup>57</sup> Любопытно, что на странице правительства Кыргызской Республики в Интернете, посвященной программе “Комплексные Основы Развития/ Национальная программа по сокращению бедности” Источник: [http://cdf.gov.kg/en/donors/techhelp\\_idb.htm](http://cdf.gov.kg/en/donors/techhelp_idb.htm) утверждается, что строительство этого нового здания, на которое Исламский Банк Развития выделил \$140.000, уже завершено.

<sup>58</sup> См. Принцип 14(1) Резолюции ООН 46/119 1991г. Поправка 55.

нется там до наступления смерти. По словам одного из сотрудников в Чымкоргоне, максимальный период нахождения пациентов в больнице, предположительно может длиться “до семи лет”. Для лиц, которые не являются пациентами отделения гериатрии, у которых еще не наступило улучшения от лечения, и кто утерял социальные связи, этот срок, по-видимому, даже занижен.

Для того, чтобы установить действительно ли больница в Чымкоргоне выполняет функцию учреждения типа “хоспис” и безнадежно “закрытого, надзорного” учреждения, сотрудников неоднократно спрашивали, имеют ли они *доступ* к применению такого вида лечения, который не используется в РЦПЗ в Бишкеке. Сотрудники ответили, что, наоборот, в РЦПЗ в Бишкеке иногда были в наличии некоторые медицинские препараты, которые никогда не поступали в Чымкоргон. Сотрудники в Чымкоргоне не уточнили, о каких видах медикаментов шла речь. Конечно, было очевидно, что пациенты в Чымкоргоне сильно полагаются на галоперидол. Авторы отметили, возможно, как и следовало ожидать, что некоторые пациенты, по-видимому, страдали от экстра- пирамидальных симптомов, обычно сопутствующих лечению медикаментами класса галоперидол.<sup>59</sup>

Не имея возможности выписывать своих пациентов из больницы и принимая во внимание чрезвычайно ограниченный доступ к общим фармакологическим средствам лечения, тем самым сотрудники психиатрического стационара в Чымкоргоне выполняют функцию даже более ограничивающего надзорного типа, чем персонал РЦПЗ в Бишкеке. К сожалению, что также стало очевидным, материально-техническая оснащенность этого учреждения была намного хуже, чем в РЦПЗ в Бишкеке.

Например, в то время, как пациенты и медперсонал РЦПЗ в Бишкеке жаловались на отсутствие соответствующего питания, три пациента в Чымкоргоне сильно страдали от длительного недоедания, что характеризуется уменьшением мускульной массой, выступающими костями, сухой, бледной кожей и общим истощением. Хотя такое истощение скорее могло быть вызвано определенными сопутствующими заболеваниями, чем непосредственно из-за недостаточного питания, что соответствовало бы заявлениям персонала и пациентов относительно хронической нехватки продуктов питания. В случаях, когда такое истощение, которое мы наблюдали, было вызвано состоянием здоровья, а не нехваткой продуктов питания, тогда следует подвергнуть сомнению адекватность в целом медицинской помощи в Чымкоргоне.

Использование “карантинных комнат” вызывает дополнительную озабоченность в связи с уровнем общего медицинского ухода. В одном отделении, по словам медперсонала, тяжелобольные пациенты переводятся в “карантинную комнату”. Это – маленькая комнатой, отделенная от остальной части отделения деревянной дверью. Когда был задан вопрос, при каких болезнях больного переводят в “карантинную комнату”, персонал ответил, что “любой пациент”, заболевший любой заразной болезнью, переводится в “карантинную комнату”. На вопрос, означает ли это, что пациентов, которые заболевают обычной простудой и пациентов с диарей помещали в ту же самую маленькую комнату вместе, сотрудники не ответили.

Другие серьезные недостатки были выявлены относительно ухода за больными, по-просту сведенными к надзору. Все отделения были переполнены; в одной палате размещается до 16 коек. В условиях существующей переполненности палат невозможно обеспечить пациентам даже минимальную свободу передвижения и право на уединение. Несмотря на то,

---

<sup>59</sup> Согласно Принципу 8 (2) Резолюции ООН 46/119 1991г., “Каждый человек должен быть защищен от нанесения вреда его здоровью, включая необоснованное использование медикаментов, причиняющее психическое страдание или физическое дискомфорт”.

что каждому пациенту недавно выдали новый комплект постельного белья, многие пациенты считают, что это постельное белье было выдано в ожидание визита экспертов. Установлено, что эти комплекты были выданы в течение последних двух недель. Прежнее постельное белье было, по словам доктора Аджибеков, в плачевном состоянии, не подлежащем ремонту. На вопрос, почему до последнего времени не было в наличии постельного белья, и как он все же сумел, наконец, достать его в достаточном количестве, доктор Аджибеков уклонился дать ответ, отметив только: “Это мой секрет”. Многие сотрудники также говорили нам о нехватке матрасов. Дело в том, что пациентов иногда держат на их кроватях в течение нескольких дней подряд, и что они, поэтому ходят под себя, и, таким образом, матрасы приходят в негодность.<sup>60</sup>

Санитарные условия повсюду в больнице удручающие, особенно учитывая то, что в больнице, видимо, канализационная система находится в нерабочем состоянии. Для того, чтобы облегчиться пациенты вынуждены приседать на корточки над отверстиями в полу, размещенных в маленьких, зловонных уборных. Мы увидели, как один слабовидящий пациент отделения гериатрии выходил из туалета с остатками фекалий и мочи на одежде. От нескольких других пациентов исходил запах мочи. Сотрудники поведали, что им редко удастся помочь помыться пациентам с физическими расстройствами. Очевидно, что такая неспособность удовлетворить индивидуальные потребности пациентов, включая людей с физическими недостатками, и обеспечить основным гигиеническим уходом во время их пребывания в психиатрическом учреждении, является нарушением прав этих пациентов не подвергаться жестокому или унижительному обращению.<sup>61</sup>

Физическое состояние больницы повсюду показывает признаки серьезной запущенности. Много окон разбито, и есть дырки в полу и на стенах. Стекло от этих разбитых окон, очевидно, может использоваться как оружие либо агрессивными, либо склонными к суициду пациентами. Освещение повсюду в больнице также плохое. Некоторые секции отделений освещены только одной маленькой тусклой лампой.

Тем пациентам, которым разрешается покидать пределы отделения, иногда предлагают “трудовые программы” – в самом широком смысле этой фразы. Один пациент объяснил, что он механик и, что ему также позволяют покидать отделение, чтобы отремонтировать транспортные средства сотрудников. Пациенты-мужчины пользуются большей привилегией. Им позволяют работать на мини-мельнице, которая расположена на территории больницы. Этот мини-завод производит муку для пекарни, которая поставляет хлеб и мучные изделия для пациентов. (Сотрудник, наблюдающий за работой в пекарне, сообщил, что если бы не мини-мельница и пекарня, пациенты бы голодали.) Был также построен швейный цех, который предназначался для реализации профессиональных возможностей пациенток-женщин, но из-за отсутствия тканей, никаких работ в настоящее время не ведется. Несмотря на то, что исключительно все пациенты заявили, что они получают удовольствие от работы, так как она отвлекает от скуки нахождения в палате, беспокоит то, что ни одному из них не было оплачено за работу.<sup>62</sup>

Кроме этого, некоторые пациенты отметили, что их обычный рацион из хлеба и мучных изделий можно разнообразить, если они получают возможность работать на овощных

<sup>60</sup> См. раздел по физическим стеснениям выше.

<sup>61</sup> Статья 7 Международной Конвенции по гражданским и политическим правам гласит: “Никто не должен подвергаться пыткам или жестокости, бесчеловечному или унижительному обращению”.

<sup>62</sup> Принцип 13 (4) Резолюции ООН 146/119 от 1991 года Права и условия в службах психического здоровья. ‘Труд пациента в службах психического здоровья не должен эксплуатироваться’

полях, которые окружают территорию больницы. И они благодарны за эту возможность. Такая работа, считают они, по крайней мере, избавляет их от скуки, которая царит в отделении. Собирая овощи, пациенты существенно разнообразят свой скудный рацион. При этом, однако, возникает проблема: если принять во внимание хроническую нехватку еды, которая имеет место в психиатрической больнице в Чымкоргоне, то такая “возможность” начинает походить, на самом деле, на принудительный труд. Таким образом, получается, что если пациент хочет разнообразить свой рацион питания, который будет включать нечто большее, чем хлеб, макароны или чай, он должен работать для этого. Но при этом возникает тревожная мысль: зарабатывая такие “привилегии” пополнить и разнообразить свой рацион, соблюдают ли пациенты курс лечения или предписания при этом, так как некоторые пациенты в Чымкоргоне не могут выполнять такую работу из-за продолжительного нестабильного психического состояния или неадекватного поведения.

Пациенты не имеют никакой возможности читать газеты, слушать радио, смотреть телевизор или пользоваться телефоном. Кроме этого, даже те пациенты, которые могут покидать пределы отделения, заработав достаточно “привилегий”, сообщили, что им не позволено ходить в близлежащую деревню. Кроме их собственного окружения, редких посещений членов семьи и бесед с больничным персоналом, пациенты не имеют никакой другой возможности общения с внешним миром.

В целом, ознакомившись с условиями для пациентов в основном здании психиатрической больницы в Чымкоргоне, у нас есть все основания полагать, что в данном случае имеет место нарушение фактически всех основных положений, оговоренных в Принципе 13 Резолюции 46/119 ООН 1991 г.<sup>63</sup>

Кроме всего прочего, не существует никаких образовательных программы для молодых пациентов, находящихся в психиатрической больнице в Чымкоргоне.<sup>64</sup>

### 7.2.5. iii) “Трудовая колония” в Чымкоргоне

Приблизительно на расстоянии одного километра от главного здания Чымкоргонской больницы, в сторону по узкой грунтовой дороге, окруженной деревьями, в середине поля, находятся несколько зданий. Это место сотрудники и пациенты больницы называют “трудо-вой колонией”. Здесь есть баня и единственное отделение казарменного типа примерно на 30 пациентов (и мужчин и женщин).

По словам психиатра, назначенного вести наблюдение за “трудо-вой колонией”, те пациенты, которые продемонстрировали особенно хорошее поведение, и чье психическое состояние находится в ремиссии, могут переехать сюда с главного корпуса больницы. Во время проживания в “трудо-вой колонии” пациенты участвуют в трудовой терапии в виде сбора урожая овощей и зерна на близлежащих полях. По словам этого врача, пациенты, живущие в “трудо-вой колонии” имеют больше свобод, чем пациенты, находящиеся в самой больнице. Когда эксперты попытались выяснить характер этих “свобод”, то получили ответ, что пациенты в “трудо-вой колонии” могут “передвигаться, как им угодно”. Однако, как оказалось, это не подразумевает визиты в саму деревню Чымкоргон. Скорее всего, психиатр колонии имел в виду, что пациентам позволялось либо работать на полях, либо оставаться в бараках

<sup>63</sup> Принцип 13 Резолюции ООН 146/119 от 1991 года Права и условия в службах психического здоровья.

<sup>64</sup> Принцип 13 (26) Резолюции ООН 146/119 от 1991 года: “Среда и условия проживания в службах психического здоровья должны включать средства для образования.”

по их желанию. Этот психиатр объяснил, что в случае наступления состояния психоза, такой пациент не может продолжать участвовать в трудовой терапии, и его возвращают в главный корпус больницы.

Но, как только мы начали говорить непосредственно с пациентами, выяснилось, что эти клинические различия между пациентами, проживающими в “трудо­вой колонии” и в главном корпусе больницы, весьма иллюзорны. Одна молодая женщина с признаками явно­го психоза, просила, чтобы ее вернули на главную территорию больницы, потому что “боги в ее голове пытаются вновь убить ее”. Она утверждала, что с момента прибытия в “трудо­вую колонию” ей не было оказано никакой помощи, она “не делает ничего весь день, только ле­жит на кровати”. Один молодой человек заявил, что ранее он уже встречался с одним из наших экспертов в Вашингтоне. Несколько молодых женщин с умственной отсталостью, по­видимому, не были способны участвовать в трудовой терапии этой “колонии”, точно также как и любая другая из молодых женщин с умственной отсталостью, которых мы видели в главном корпусе больницы.

Мы задали вопрос главному психиатру колонии о молодой женщине, которая чувство­вала, что “боги в ее голове пытаются убить ее снова”. И спросили, как ее симптомы соответ­ствуют его критериям для участия в трудовой терапии. Он сказал, что хорошо знает о ее галлюцинациях, и добавил, что именно эта молодая женщина “совершенно не поддается ле­чению”. Он отказался вдаваться в подробности на вопрос, как ее присутствие согласуется с его предыдущим определением, исходя из того, что отсутствие явно­го психоза является тре­бованием для участия в трудовой программе. Когда мы спросили, что возможно одна из “сво­бод” этой молодой женщины не соблюдается, так как она просит перевести ее в главный корпус больницы, а это не делается. Психиатр ответил, что разрешения на такой перевод не будет. Он отказался вдаваться в подробности причин такого отказа. Такая уклончивость или неуверенность со стороны главного психиатра колонии еще больше подвергает сомнению, насколько “терапевтический” характер трудовой программы в “трудо­вой колонии” является клинически эффективным.

Эта молодая женщина с психозом была помещена в одну из двух комнат, предназна­ченных для женщин. Эти две комнаты расположены в глубине барака, без запасного выхода, кроме парадной двери. Для того, чтобы выйти из барака, женщины должны пройти перед комнатами, предназначенными для мужчин. Помещение для персонала расположено также в передней части барака. Таким образом, комнаты для женщин находятся в непосредствен­ной близости к помещениям для мужчин и не имеют дверей. Как и помещение главного кор­пуса больницы, барак плохо освещен единственной лампой в центральной прихожей. Было замечено, что мужчины-пациенты могут свободно входить в женские комнаты.

В конфиденциальной беседе некоторые женщины заявили, что они были жертвами физического и сексуального насилия во время проживания в “трудо­вой колонии”. Они рас­сказали, как мужчины пациенты били и насиловали их в туалете, близлежащей бане, на по­лях и в их собственных комнатах. Они также сообщили, что женщины, добровольно участву­ющие в сексуальных актах, пользовались даже большими “привилегиями”. Они сообщили, что мужчины пациенты часто забирали у них продукты питания. Они также заявили, что некоторые из мужчин – “сексуальные извращенцы”. На вопрос, был ли кто-нибудь из муж­чин пациентов “трудо­вой колонии” госпитализирован в Чымкоргон в принудительном по­рядке за изнасилования, главный психиатр заявил, что в “трудо­вой колонии” проходят лече­ние только один или два таких пациента.

Известно, что галлюцинации некоторых лиц, страдающих от шизофрении, имеют сек­суальный характер. Авторы этого доклада имеют достаточно обширный опыт исследования

случаев насилия пациентов и должностной халатности, включая сексуального насилия, и поэтому могут утверждать с обоснованной уверенностью, что многочисленные заявления, сделанные женщинами, живущей в “трудо­вой колонии”, действительно являются достоверными. Правдивость этой информации в дальнейшем была подкреплена следующим фактом: несколько пациенток спорили между собой, должны ли они открыть авторам “правду” относительно их условий жизни. По крайней мере, одна пациентка выразила свое не­удовольствие тем, что нам рассказали о случаях изнасилований и сексуальных нападений. Она решила, что мы, как внешние наблюдатели, впоследствии порекомендуем закрыть “трудо­вую колонию” и, в результате, ее вернут назад, в главный корпус больницы Чымкоргона, где она “будет снова голодать”. Эта же пациентка заявила, что она предпочтет “выносить” сексуальные домогательства и изнасилования, которые имели место в трудовой колонии, в обмен на доступ к большему количеству еды. Такое осмот­рительное рассуждение, что раскрытие сексуальных нападений и насилия отразится на рекомендациях экспертов относительно будущего колонии, укрепило дальнейшую веру в то, что проблема сексуальных нападений и изнасилований является обычным явлением для пациенток, находящихся в “трудо­вой колонии”.

Во время нашего визита мы обратили внимание на одну босую молодую женщину. На наш вопрос, имеет ли она какую-нибудь обувь, она сказала, что она и другая пациентка имеют одну пару ботинок на двоих, и в настоящее время другая пациентка носит их. Другие пациенты описывали такую же нехватку одежды. Одна молодая женщина объяснила, что она и другая пациентка имеют бан­ный халат и платье на двоих: когда она носит халат, другая женщина носит платье, и наоборот.

Возможно, нет необходимости упомянуть, что ни один из пациентов, участвующих в трудовой программе в “трудо­вой колонии”, не получает вознаграждения за свой труд. Также как пациенты в главном корпусе больницы, пациенты “трудо­вой колонии” объясняли, что, работая на полях, они, по крайней мере, могут разнообразить свой рацион.

Общее состояние барака можно описать как запущенное такое же, как и в главном корпусе больницы.

Мы обратили внимание на то, как один из сотрудников больницы кричал на пациента, когда тот попытался поговорить с нами. Сотрудник приказал пациенту возвращаться в свою комнату. Пациент был явно напуган сотрудником и быстро повиновался команде.

Абсолютно очевидно, что условия для пациентов в “трудо­вой колонии” представляют собой нарушение не только международных стандартов по уходу за психически больными людьми, но также и других основных международных норм в сфере прав человека. Особенно тревожит тот факт, что многие из этих нарушений можно было бы избежать путем обеспечения недорогих или вообще бесплатных гарантий. Например, если мужчины и женщины должны размещаться в одном помещении “трудо­вой колонии”, то комнаты для персонала должны быть расположены между мужскими и женскими комнатами, чтобы обеспечить, по крайней мере, минимальную степень защиты для пациенток. В настоящее время, как уже было отмечено выше, комнаты для персонала расположены в передней части барака, и поэтому не существует никакой изоляции между мужскими и женскими палатами. Такая мера не требует никаких дополнительных затрат. К тому же, некоторые сотрудницы в “трудо­вой колонии” сообщили, что они сами боятся мужчин пациентов, так как многие, особенно “агрессивные” больные были переведены в “трудо­вую колонию”. Несомненно, разумное перераспределение пациентов между “трудо­вой колонией” и главным корпусом больницы в Чымкоргоне могло бы действительно уменьшить вероятность дальнейших проявлений сексуальных до-

могательств в “трудоустройственной колонии”, без каких-либо дополнительных расходов.<sup>65</sup> Кроме этого, введение политики, строго препятствующей случаям сексуального домогательства и изнасилований, включая насилие в отношении пациентов в целом. Это совершенно не требует никаких затрат, но имеет огромное значение для пациентов.

Плохая освещенность “трудоустройственной колонии” только увеличивает потенциальную опасность насилия, так как персонал не может соответствующе контролировать или защищать пациентов, которых они просто не видят. Небольшие вложения для установки дополнительных лампочек также положительно повлияли бы на условия, в которых находятся пациенты. Тем не менее, руководство больницы в Чымкоргоне сомневается, что действительно можно изыскать достаточные средства для приобретения этих дополнительных лампочек, не требующих больших расходов.

#### 7.2.5. iv) Реабилитационное Отделение (“Отделение 12”)

Как и больница в Чымкоргоне, реабилитационное отделение № 12, общеизвестное как “Отделение 12”, является еще одним филиалом РЦПЗ. Еще одно отделение барачного типа. Оно расположено в селе Ново-Павловка, в пригороде Бишкека, и рассчитано приблизительно на 30 пациентов мужского пола. По словам сотрудников, пациентов Отделения 12 “бросили” их семьи, либо они каким-то другим образом потеряли все свои социальные связи. Также как и в Чымкоргоне, в “Отделении 12” больше внимание уделяют надзорному уходу, чем активному психиатрическому лечению пациентов. Аналогично другим учреждениям, медперсонал испытывает нехватку материальных ресурсов для обеспечения ухода ограниченного уровня.

И персонал и пациенты сообщили, что в отделении остро испытывается нехватка продуктов питания и одежды. Многие из пациентов заявили, что они “всегда чувствуют голод”, и что зимой им “очень холодно”. Сотрудники отделения сообщили, что в основном, пациенты “выживают” на нескольких корках хлеба и воде. Со слов пациентов, они также получают “компот, что-то типа похлебки из крупы и чай “от случая к случаю”. На территории выращивают несколько плодовых деревьев, с которых пациенты собирают яблоки. Один пациент упомянул, что один из местных фермеров дал пациентам “огурец”. Другой пациент сообщил, что “иногда нас вывозят на кукурузные поля”. Пациенты сообщили, что зимой, однако, они не получают ни фруктов, ни овощей вообще. В течение года их вообще не кормят ни мясом, ни рыбой, ни каким-либо другими продуктами с содержанием белка. Один пациент упомянул, что, время от времени, от родственников прибывают передачи или посылки с продовольствием, и что пациенты съедают эти посылки настолько быстро, что их потом тошнит.

По странной иронии, на стене снаружи отделения висит плакат – предположительно адресованный к потенциальному доброжелателю – список того, что пациентам нельзя передавать. Этот плакат описывает все специфические типы продуктов питания, которые посетители не должны давать пациентам. Это довольно бессмысленно, принимая во внимание общую нехватку продуктов питания в “Отделении 12.”

Система электропитания в отделении работает только периодически. Лишь угольная печь обеспечивает тепло в отделении. Многие окна разбиты, и осколки стекла раз-

<sup>65</sup> Как было отмечено женским медперсоналом, проживая в Трудоустройственной Колонии, эти чрезвычайно агрессивные пациенты-мужчины имеют наибольшую степень свободы, по сравнению с остальными пациентами Чым-Коргона, где им позволено “приходить и уходить когда угодно”.

бросаны на полу и легко доступны для пациентов. Воду для мытья и питья они вынуждены носить от ржавой колонки во дворе. Несколько незакрытых труб торчат из стен, на которых суицидальные пациенты могли бы попытаться повеситься. Единственный туалет, во время нашего осмотра, был переполнен человеческими испражнениями и не мог использоваться. Повсюду в отделении ощущалось зловоние от фекалий. Несколько пациентов не имели никаких матрацев вообще и поэтому вынуждены были лежать непосредственно на железных сетках своих кроватей. Постельное белье и одеяла имелись в ограниченном количестве. Одежда пациентов была изношена. Больничные палаты переполнены, загромождены кроватями. Практически нет места для передвижения или уединения.

Может показаться странным, но две большие ванны, не соединенные с системой водоснабжения, стоят неиспользованные в одной комнате. По словам персонала, эти ванны подарил “один американец”.

Пациенты говорят, что им иногда дают газеты, но у них нет ни телевидения, ни радио, ни телефона.

Что касается медицинского ухода за больными, и медперсонал, и пациенты сообщили, что отделение не обеспечивается достаточным количеством медикаментов. Каждый опрошенный пациент утверждал, что ему были прописаны “галоперидол” и “циклодол”. Ни один из опрошенных пациентов не знал диагноз своего психического здоровья. Один пациент заявил, что “все, что я знаю – это то, что говорит доктор ... у меня какая-то самая ужасная болезнь, какая только возможна”. Другой пациент сказал: “Я не уверен”. А еще один, когда его спросили, почему он в отделении № 12, только пожал плечами. По словам медперсонала, психиатр работает на полставки и посещает отделение только три раза в неделю.

Некоторые пациенты сообщили, что они прибыли из сельских районов и хотели бы возвратиться домой, но не знают, когда это можно будет сделать.

Сотрудники отделения заявили, что Генеральный директор РЦПЗ посетил и инспектировал отделение в последний раз за полтора года до нашего посещения.

Несмотря на эти ужасные условия, медперсонал “Отделения 12” относится с большим состраданием к пациентам, тщательно ухаживая за ними и стараясь обеспечить больных всем, что в их силах. И совершенно не приемлемо, что этим людям платят мизерные оклады, и они практически забыты властями системы психического здоровья Кыргызской Республики. Эти сотрудники за их самоотверженный труд должны быть представлены для обязательного поощрения.

#### *7.2.5.v) Психоневрологическое отделение при Иссык-Кульской областной больнице в Караколе*

Качество обслуживания, которое мы увидели в Иссык-Кульской областной больнице, приятно удивило нас. Учитывая наш предыдущий опыт и наблюдения в РЦПЗ, Чымкоргоне, и Отделении №12, мы ожидали увидеть заведение, которое неспособно обеспечить его обитателей даже минимально приемлемым уровнем ухода за больными. Напротив, из всех заведений, которые мы посетили, эта маленькая, по существу сельская, с персоналом из 30 человек больница, на значительном расстоянии от столицы, была единственным учреждением в хорошем состоянии. Это заслуга руководства и сотрудников отделения психоневрологии в Караколе и они заслуживают всяческой похвалы, так как все они, очевидно, стараются обеспечить своих пациентов лучшим уходом и окружить заботой.



В палатах Каракольской больницы было максимум по 4 койки, тогда как, например, в Чымкоргоне в палатах было по 16 кроватей. У каждого пациента имеется тумбочка рядом с его/ее кроватью для хранения личных вещей. Все пациенты были хорошо одеты. У каждого было необходимое чистое постельное белье, одеяла и матрац. Мужчины были соответственно отделены от женщин и соответственно контролировались. Пациенты имели возможность общаться в обычной обстановке в холле, где стоял телевизор в рабочем состоянии. Сотрудники говорили с пациентами уважительно. На вопрос, испытывает ли медперсонал трудность в обеспечении пациентов необходимым питанием, нам объяснили, что пациенты в Каракольской больнице живут не очень далеко от их семей, поэтому родственники снабжают их продуктами питания. Но если бы пациентам пришлось рассчитывать только на те продукты питания, которые обеспечивает больница, то персоналу было бы действительно трудно предоставлять пациентам соответствующее питание.

Кроме того, с точки зрения оказания психиатрической помощи, Каракольское отделение в значительной степени выполняет функцию, для которой оно было создано. Медперсонал сообщил, что, если состояние пациента после госпитализации не улучшается в течение 25 дней после госпитализации, то его/ее переводят в больницу в Чымкоргоне. Но в течение 2003 года, они вынуждены были перевести в Чымкоргон только пятерых человек из примерно 200 пациентов. Сотрудники заслуженно гордятся своими достижениями в отделении, где предоставляется уход, гарантирующий и обеспечивающий большинству из пациентов проживание в их обычном окружении. Медперсонал сообщил, что неофициально они также оказывают амбулаторную помощь. Другими словами, когда пациент выписывается из Каракольского отделения, сотрудник больницы продолжает вести последующее наблюдение за пациентом, чтобы удостовериться, что он по-прежнему соблюдает предписанное лечение. Вполне возможно, что такая настойчивая форма наблюдения по месту жительства пациента, а не предписанные медикаменты, в большинстве своем и обеспечивает такой низкий показатель перевода в психиатрический стационар в Чымкоргон.

Большую озабоченность у сотрудников вызывало нерегулярное обеспечение соответствующими медикаментами. Они сообщили, что они не получают необходимый объем антидепрессантов, препаратов для лечения тревожных расстройств, судорог, нейролептиков, перечисленных в утвержденном правительством формуляре, которые соответственно были гарантированы тем, кто нуждается в них. Медперсонал также сообщил, что иногда РЦПЗ в Бишкеке получает препараты типа ингибиторов, серотонина а также атипичные психотропные препараты благодаря пожертвованиям обществ гуманитарной помощи. Сотрудники вспомнили, что однажды они получили небольшую партию серотонина, но объем поставки был настолько ограниченный, что они не смогли определить, является ли эффективность этого препарата краткосрочной или длительной.

Эксперты попытались узнать у доктора Назаркулова, генерального директора РЦПЗ, почему маленькая, сельская больница, такая как отделение психоневрологии в Караколе может гарантировать условия, выгодно отличающиеся от условий в РЦПЗ. Доктор Назаркулов сообщил, что местная больница в Караколе участвовала в “специальном проекте”, и по этой причине получила дополнительное финансирование, которое не доступно другим сельским больницам или непосредственно РЦПЗ. Доктор Назаркулов сообщил, что из-за этой несправедливости или необъективности в распределении средств, больницу в Караколе не следует причислять к типичным психиатрическим учреждениям областного уровня в Кыргызской Республике.

## **8. Рекомендации**

### **8.1. Срочно прекратить нарушение прав человека**

Необходимо немедленно предпринять все необходимые усилия с целью прекратить нарушения основных прав человека в системе охраны психического здоровья в Кыргызстане. Пациенты должны быть обеспечены соответствующим питанием, лекарственными препаратами, и необходимым медицинским уходом. Наконец, срочные меры должны быть приняты для того, чтобы положить конец сексуальной эксплуатации женщин, проживающих в Чымкоргонской “трудовой колонии”.

### **8.2. Создание независимой службы по защите прав пациентов психиатрических учреждений**

Крайне необходимо, чтобы правительство учредило и способствовало развитию независимой службы защиты прав пациентов психиатрических учреждений, поскольку создание такой службы предусмотрено Статьей 38 Закона о психиатрической помощи 1999 года. Такая служба должна будет обеспечить защиту, контроль, рассмотрение заявлений и жалоб от пациентов, чьи права были нарушены. Такая служба должна быть укомплектована профессиональными адвокатами, защитниками и поверенными (уполномоченными), имеющими опыт работы и подлинный интерес к системе охраны психического здоровья и к закону о психиатрической помощи. Цель этой службы не в том чтобы обеспечивать пациентов медицинскими или клиническими консультациями, скорее она должна обеспечивать защиту и, при необходимости, законное представительство лиц с психическими расстройствами в вопросах, связанных с их проблемами. Такая служба должна иметь полномочия, чтобы предпринимать любые действия, включая подачу судебных исков от имени лица с психическими расстройствами при попытке разрешить любые проблемы, связанные с его\ ее расстройствами.

Эта независимая служба должна также иметь полномочия проводить полное изучение любых заявлений, или предположений, что лицо или группа лиц с психическими расстройствами подвергались оскорблениям, их правами пренебрегали, и они страдают от нарушений их прав. Эти полномочия должны включать, но не ограничиваться следующим: обоснованный доступ к лицам с психическими расстройствами, включая тех, которые живут в учреждениях; предоставление условий для частных и конфиденциальных встреч с такими лицами; приемлемый доступ к учреждениям, обеспечивающим психиатрическое лечение, включая, но не ограничиваясь государственными и местными психиатрическими больницами; доступ к истории болезни пациента при соответствующем согласии для получения оправдательной информации; доступ к истории болезни пациента в тех случаях, когда пациент неправомерно не дает согласие на получение указанных документов, и есть вероятная причина полагать, что это лицо подверглось оскорблению или пренебрежению его правами или вероятно будет страдать от злоупотребления или пренебрежения в будущем.

Такая служба могла бы функционировать как часть Омбудсмана Кыргызской Республики. Правительство должно предоставить соответствующее финансирование этому органу как юридическому лицу.

### **8.3. Проведение обучения о существующем законодательстве и процедурам**

Неисполнение этой части Закона о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании 1999 года проявляется широко как результат распространенного и серьезного недостатка знаний и понимания процедуры при помещении лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке среди врачей, адвокатов, и судей. Например, когда наши эксперты интервьюировали сотрудников Иссык-Кульской областной больницы в городе Каракол, они задали вопрос, знакомы ли они с условиями обеспечения госпитализации в недобровольном порядке согласно настоящему закону о психиатрической помощи Кыргызской Республики. Хотя сотрудники отвечали, что они знают закон и его требования, в ходе дальнейшей беседы выяснилось, что они путали принудительное содержание и принудительные меры медицинского характера, как это устанавливается уголовным кодексом. Закон, на который они ссылались, описывал проведение судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам.

В ходе интервьюирования студентов психиатрии в РЦПЗ, мы также обратили внимание на то, что психиатры интерпретируют закон о недобровольной госпитализации по-разному. Студенты также выразили свое замешательство из-за недостатка ясных руководящих принципов относительно того, когда применять процедуры недобровольного лечения.

Недостаток понимания закона был также очевиден во время нашей встречи с судьями Октябрьского района. В ходе нашей встречи с судьями, мы обсуждали судебно-психиатрическую экспертизу и процедур, связанные с принудительными мерами. Обсуждая процедуру принудительного содержания и юридические требования для этого, судьи начали спорить между собой относительно того, что требуется предпринимать по закону.

Во время интервью с доктором Соложенкиным, главным психиатром Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, он также заявил, что судьи в Кыргызской Республике обычно не желают участвовать в процессе при недобровольной госпитализации.

Таким образом, повсеместная несостоятельность судебной процедуры при недобровольной госпитализации лица в больницу является нарушением закона Кыргызской Республики о психиатрической помощи и, в свою очередь, преступает права лиц, страдающих психическими расстройствами.

Всестороннее обучение о применении закона Кыргызской Республики о психиатрической помощи должны быть проведено для врачей, персонала в больницах, адвокатов и судей, фокусируя особое внимание на определенных вопросах касательно проведения процедуры недобровольной госпитализации согласно закону КР о психиатрической помощи. Такое обучение следует проводить, приглашая квалифицированную, независимую национальную или международную неправительственную организацию, имеющую опыт в сфере законодательства о психическом здоровье и обеспечивающей защиту людей с психическими расстройствами.

### **8.4. Обучение относительно судебно-психиатрической экспертизы**

В ходе интервью с судьями Октябрьского района и адвокатами общественного Фонда Юридической помощи также стало очевидно, что многие специалисты испытывали недостаток в адекватном понимании закона Кыргызской Республики о судебно-психиатрической экспертизе. Например, когда эксперты спросили о сроках, в пределах которых должна быть проведено судебно-психиатрическое заключение, судьи дали противоречивые ответы

и затем начали спорить между собой. Один судья сказал, что заключения экспертизы должны быть представлены в течение трех месяцев после распоряжения. Его коллега заявил, что заключение должно быть представлено в срок, не меньше чем три месяца, но фактический срок для проведения заключения определяют психиатры. Аналогично судьям, юристы Фонда юридической помощи заявили, что они просто не знают, в какой временной интервал можно провести такую экспертизу. Амир Шагивалиев, прокурор КР, – был единственным, кто фактически знал, как долго должна проводиться экспертиза. Поэтому очевидно, что обучение судей, адвокатов, и врачей относительно правовых норм при проведении судебно-психиатрической экспертизы является необходимым. Тренинги должны проводиться квалифицированными национальными или международными НПО или через сотрудничество таких организаций.

### ***8.5. Мониторинг процедур недобровольной госпитализации***

Внешний мониторинг должен проводиться независимой, квалифицированной НПО с опытом знания и применения закона о психиатрической помощи — или группой квалифицированных неправительственных организаций, работающих совместно по наблюдению за исполнением процедур при недобровольной госпитализации. Цель проведения мониторинга – определить как исполняется закон в различных регионах республики; выявить препятствия и причины, почему закон не исполняется; и разработать специальные рекомендации по эффективному исполнению положений закона, как на местном, так и на национальном уровнях. Любая НПО, вовлеченная в проведение таких мониторингов, должна иметь полный доступ к психиатрическим учреждениям и соответствующим документам, связанным с лечением. Организация также должна иметь возможность встречаться в частном порядке, конфиденциально с потребителями услуг системы психического здоровья.

### ***8.6. Обеспечение полного финансирования для выполнения Закона о психиатрической помощи и Национальной Программы на 2001–2010 гг.***

Очень важно, чтобы правительство Кыргызской Республики выделило дополнительное и достаточное финансирование на систему охраны психического здоровья. Такое финансирование должно быть доступно не только для обеспечения соответствующего лечения и безопасности в психиатрических учреждениях, но также для повышения уровня общественной помощи или внебольничных форм помощи. При отсутствии дополнительного финансирования, будет фактически невозможно эффективно выполнять Закон о психиатрической помощи 1999 года.

Следует также обратиться к донорским организациям, которые участвовали в разработке Национальной Программы, а также Всемирному Банку и Британскому правительству, чтобы определить, как и почему было принято решение прекратить финансирование Программы 2001–2010.

В то же самое время, программу необходимо пересмотреть на предмет согласования ее положений с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения, изложенных в Докладе 2001 года: “Психическое здоровье: Новое понимание, новые надежды”. Этот документ содержит базовые принципы для обеспечения соответствующего ухода в системе охраны психического здоровья, включая такие абсолютные потребности, как обеспечение по месту

жительству психиатрического лечения, основанного на общественной помощи, обеспечение достаточным количеством медикаментов, и уменьшение в размерах больших психиатрических учреждений, таких как РЦПЗ города Бишкек и в селе Чымкоргон. Отчет ВОЗ описывает способы и средства, при помощи которых страны с очень ограниченными ресурсами, тем не менее, могут сделать определенные улучшения при оказании психиатрической помощи без больших затрат.

### **8.7. Финансирование процедуры применения мер принудительного содержания**

Правительство должно обеспечить необходимое финансирование процедур, применяемых при недобровольной госпитализации и судебные процедуры, включая, но не ограничиваясь, затратами в суде, расходами на консультации представляющего истца при применении принудительных мер медицинского характера и консультации для лиц, к которым были применены принудительные меры госпитализации.

### **8.8. Проведение тренингов для пациентов и членов их семей**

Очень важно организовывать и проводить беседы с лицами, страдающих от психических расстройств, и членов их семей в отношении их гражданских и правовых норм, получении необходимой квалифицированной помощи при нарушении прав пациентов, а также навыкам самозащиты. Эти тренинги должны проводиться регулярно квалифицированным, независимым юридическим органом, хорошо осведомленным в области охраны психического здоровья, закона о психиатрической помощи 1999 г., и других соответствующих законодательных актов.

Идеально, если эти тренинги проводились бы независимой организацией, занимающейся защитой прав человека в психиатрических больницах, как рекомендовано выше в этом разделе. Тренинги должны проводиться постоянно и повсеместно в Республике, как осуществление постоянной связи с пациентами с психическими расстройствами. Такие тренинги должны проводиться для пациентов, которые проходят лечение в государственных или местных психиатрических учреждениях, для лиц, находящихся в специализированных домах или в других местах, а также и для тех, кто проживает с семьями.

Кроме того, тренинги должны быть доступны на самом широком уровне, принимая во внимание уровень различных культур и наций, живущих в Кыргызской Республике, а также абсолютно понятны для лиц с ограниченными умственными способностями.

## **Приложение А**

### **Список проинтервьюированных лиц, рассмотренных документов и учреждений, посещенных во время визита экспертов**

#### **а) Список проинтервьюированных лиц**

В ходе своего визита состоялись встречи со многими официальными лицами, специалистами, студентами, сотрудниками учреждений, пациентами и др. Материалы интервьюирования и бесед использовали при написании нашего доклада. Здесь приводится список лиц, с которыми встретились наши эксперты (в хронологическом порядке).

- Бурул Макенбаева, директор общественного объединения “Психическое здоровье и Общество”
- Наталья Аблова, Директор Кыргызско-Американского Бюро по Правам человека и верховенства закона
- Директор и члены Группы Пользователей в г. Бишкек
- Валентин Богатырев, Помощник Президента Кыргызской Республики, Директор Международного Института Стратегических Исследований.
- Ташболот Балтабаев, Председатель Комитета по Здравоохранению, Парламент КР
- Ишен Молдоташев, Член Комитета по Здравоохранению, Парламент КР
- Суйгутбек Назаркулов, врач, Генеральный директор РЦПЗ
- Валерий В.Соложенкин, профессор, Главный Психиатр Министерства здравоохранения КР
- Психиатры РЦПЗ
- Студенты психиатрии в РЦПЗ
- Младший персонал РЦПЗ
- Улутбек Бабакулов, Журналист Института по Освещению Войны и Мира
- Роза Раимбекова, бывший Главный врач РПНД
- Миталип Мамытов, профессор, Министр Здравоохранения КР
- Джаныбек Аджигбеков, Главный врач Психиатрической Больницы в селе Чымкоргон.
- Назгуль Турдубекова, Координатор по мониторингу прав человека в психиатрических учреждениях Кыргызской Республики, Молодежная Правозащитная Группа
- Нурлан Садыков, Адвокат, Ассоциация “Юристы Кыргызстана”
- Амир Шагивалиев, Начальник отдела по надзору за соблюдением прав человека Генеральной прокуратуры КР
- Судьи Октябрьского района города Бишкек
- Кристиан Кнуст, Центр ОБСЕ в Бишкеке
- Бекмурза Исмаилов, психиатр, Бывший Министр здравоохранения
- Турсунбай Бакир Уулу, Омбудсмен КР
- Персонал “Отделения № 12” РЦПЗ
- Персонал Иссык-Кульской областной больницы в городе Каракол
- Юристы Фонда Юридической Помощи
- Тилек С. Мейманалиев, профессор, Первый Заместитель министра, Министерство здравоохранения КР.
- Болот Джанузакوف, Советник Президента Кыргызской Республики.

## **b) Список рассмотренных документов**

При подготовке к этому докладу, были рассмотрены следующие документы:

- Закон Кыргызской Республики “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, принятый в 1999 г.
- Принципы “Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи “принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций Резолюция 46/119 от 17 декабря 1991.
- “Мониторинг Прав Человека в Психиатрических Учреждениях КР “ОО “Психическое здоровье и общество”, Молодежная правозащитная группа при поддержке Бюро по Демократическим Институтам и Правам Человека (БДИПЧ) ОБСЕ, Хельсинкского Фонда по Правам Человека (Варшава, Польша).
- Постановление Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики № 138 об учреждении Республиканского центра психического здоровья, город Бишкек, 4 мая 2000 года.
- “Пользователи системы охраны психического здоровья в городе Бишкек, Кыргызстан: Право на информацию, Линда Лайт, Ванкувер, Бритиш Коламбия, Канада, апрель 2003.
- Двухгодичное Совместное Соглашение между Министерством здравоохранения Кыргызстана и Региональным Офисом Всемирной Организации Здравоохранения в Европе 2002/2003.
- Всемирная Психиатрическая Ассоциация, Положение и взгляды Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психически больных, принята Генеральной Ассамблеей Всемирной Психиатрической Ассоциации в Афинах, 17 октября 1989 г.
- Всемирная Психиатрическая Ассоциация, Гавайская декларация/II одобрено Генеральной Ассамблеей Всемирной Психиатрической Ассоциацией в Вене, Австрия, 10 июля 1983 г.
- Всемирная Психиатрическая Ассоциация, Мадридская Декларация по Этическим Стандартам в Психиатрической Практике (Одобрена Генеральной Ассамблеей 25 августа 1996 и исправлена Генеральной Ассамблеей в Иокогаме, Япония, август 2002 г.)
- “Права человека и условия содержания пациентов в психиатрических и психоневрологических учреждениях Кыргызской Республики, “Молодежная Правозащитная Группа, Доклад по 1 этапу мониторинга, 2002 Бишкек”
- “Психическое здоровье в Кыргызстане. Существующее положение – будущие перспективы, отчет миссии 8–13 апреля 2000, “Вольфганг Руц, Доктор философии, Региональный Советник по психическому здоровью ВОЗ Европейского регионального офиса, Копенгаген.
- Национальная Программа “Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 гг.
- “Отчеты Права человека на практике в Кыргызской Республики, 1999 г.” Госдепартамент Соединенных Штатов, февраль 2003 г.
- Конституция Кыргызской Республики (с поправками от 21 октября 1998 согласно Закону КР, № 134).
- Доклад ВОЗ 2001, “Психическое здоровье: Новое Понимание, Новая Надежда”, Всемирная Организация здравоохранения, 2001 г.
- “Круглый стол: психическое здоровье. Отчет секретариата”, ВОЗ, 54-ая Всемирная Ассамблея Здравья, 19 мая 2001.

- “Психическое здоровье: Ответ к призыву к действию. Отчет секретариата, “ВОЗ, 55-ая Всемирная Ассамблея Здоровья, 11 апреля 2002 г.
- “Международный Пакт о Гражданских и Политических Правах”, принят согласно резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2200А (XXI) от 16 декабря 1966, вступило в силу 23 марта 1976 г.
- “Международный Пакт об Экономических, Социальных и Культурных Правах”, принят согласно резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2200А (XXI) от 16 декабря 1966, вступило в силу 3 января 1976 г.
- “Конвенция об Устранении всех Форм Дискриминации Против Женщин”, принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций и вступила в силу 3 сентября 1981.

**с) *Список учреждений, посещенных в ходе визита***

В целях написания этого доклада во время нашего визита в Кыргызской Республике, с 1 по 10 июня 2003 года, мы посетили несколько психиатрических учреждений, включая:

- Республиканский центр психического здоровья РЦПЗ в г. Бишкек
- Психиатрическая Больница в селе Чымкоргон (филиал №1 РЦПЗ)
- “Трудовая Колония” в Чымкоргонской Психиатрической Больнице
- “Отделение № 12” РЦПЗ
- Иссык-кульская областная больница в городе Каракол



## **ПРИЛОЖЕНИЕ В**

### **Выдержки из международных документов и национального законодательства и стандартов по оказанию психитрической помощи**

- Из “Международного пакта о Гражданских и Политических Правах”:

“Статья 7: Никто не должен подвергаться жестоким, бесчеловечным пыткам, унижительному обращению или наказанию.

“Статья 8: 3 (а) “Никто не должен принуждаться к принудительному или обязательному труду”.

“Статья 10: 1. Все лица лишённые свободы имеют право на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности”.

- Из “Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах:

“Статья 11: 2. Участвующие в настоящем Пакте государства, признавая основное право каждого человека на свободу от голода, должны принимать необходимые меры индивидуально и в порядке международного сотрудничества, включающие проведение конкретных программ, для того чтобы:

- а) улучшить методы производства хранения и распределения продуктов питания путем широкого использования технических и научных знаний, распространения знаний о принципах питания и усовершенствования или реформы аграрных систем таким образом, чтобы достигнуть наиболее эффективного освоения и использования природных ресурсов;
- б) обеспечить справедливое распределение мировых запасов продовольствия в соответствии с потребностями и с учетом проблем стран, как импортирующих, так и экспортирующих пищевые продукты”.

“Статья 12: 1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на достижимый наивысший уровень физического и психического здоровья”.

“Статья 15: 1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на: а) участие в культурной жизни”;

- Из “Конвенции о Ликвидации Всех Форм Дискриминации в Отношении Женщин”:

“Статья 1. Для целей настоящей Конвенции, понятие “дискриминация в отношении женщин” означает любое различие, исключение или ограничение, по признаку пола, которое направлено на ослабление или сводит на нет признание, пользование или осуществление женщинами, независимо от их семейного положения, на основе равноправия мужчин и женщин, прав человека и фундаментальных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой области”.

- Из “Принципов защиты лиц страдающих психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи, ООН”:

“Принцип 1. Основные свободы и права. 1. Все лица имеют право на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы медицинской и соци-

альной помощи. 2. Отношение ко всем лицам, страдающим психическими заболеваниями, а также лицам, считающимися таковыми, должно быть гуманным и уважать их человеческое достоинство.

Принцип 1 (3). Все лица, страдающие психическими заболеваниями или считающиеся таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, физических и прочих злоупотреблений, и отношения, унижающего их человеческое достоинство.

Принцип 7. Роль сообщества и культуры. 1. Каждый пациент имеет право получать по возможности лечение и помощь по месту жительства. 2. При проведении лечения в психиатрическом учреждении пациент имеет право, по возможности, лечиться поблизости от своего дома или от дома своих родственников или друзей и имеет право как можно скорее вернуться в сообщество. 3. Каждый пациент имеет право на лечение, соответствующее его культурным традициям.

Принцип 8. Стандарты оказания помощи. 1. Каждый пациент имеет право на получение медицинской и социальной помощи, соответствующей потребностям его здоровья, и на помощь и лечение в соответствии с теми же стандартами, которые применяются к другим больным. 2. Каждый пациент должен быть защищен от нанесения вреда его здоровью, включая необоснованное использование лекарственных препаратов, злоупотребления со стороны других пациентов, персонала или других лиц и других действий, являющихся причиной психического дистресса или физического дискомфорта.

Принцип 13. Права пациента и условия содержания в психиатрических учреждениях.

1. Каждый пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право на полное уважение в частности:
  - (a) Во всех случаях признания перед его законом;
  - (b) неприкосновенность личной сферы;
  - (c) Свободы общения, в том числе, свободы общения со всеми лицами в данном учреждении; свободы вести частную переписку без цензуры; свободы встречаться наедине со своим защитником или личным представителем, а также – в разумное время – принимать прочих посетителей; свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио, и телевидению;
  - (d) Свободы религий или верований.
2. Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни людей аналогичного возраста и в особенности должны включать:
  - (a) возможности для проведения досуга и отдыха;
  - (b) возможности для получения образования;
  - (c) возможности покупать или получать предметы необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;
  - (d) возможности и поощрение использования таких возможностей – для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его или ее социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции. Эти меры должны включать услуги по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству с тем, чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в сообществе.
3. Ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду. В пределах, совместимых с потребностями пациента и с требованиями администра-

ции учреждения, пациент должен иметь возможность выбирать тип работы, которую он или она желают выполнять.

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

Принцип 14. Ресурсы психиатрических учреждений.

1. Психиатрическое учреждение должно иметь доступ к тем же ресурсам, что и любое другое лечебное заведение, включая, в частности:
  - (a) достаточное количество квалифицированного медицинского персонала и других соответствующих специалистов и адекватные помещения для обеспечения каждому пациенту условий для уединения и для проведения необходимого и активного курса лечения;
  - (b) Диагностическое и терапевтическое оборудование для пациента;
  - (c) надлежащее обслуживание специалистами;
  - (d) Адекватное, регулярное и комплексное лечение, включая снабжение медицинскими препаратами.
2. Каждое психиатрическое учреждение с достаточной регулярностью должно инспектироваться компетентными полномочными органами для обеспечения того, чтобы условия содержания пациентов, их лечения и уход за ними соответствовали настоящим Принципам.

- Из документов “Положение и взгляды Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психических больных”:

Люди, страдающие психическими заболеваниями, должны пользоваться теми же правами человека и основными свободами, что и все другие граждане. Они не должны быть объектом дискриминации на почве психического заболевания.

Психически больные имеют право на профессиональную, гуманную и достойную помощь. Они должны быть защищены от эксплуатации, плохого обращения и унижения.

Законодательство в области здравоохранения должно обеспечивать адекватное и эффективное лечение всех пациентов, включая психически больных, и защищать их право на лечение на уровне принятых стандартов в лечебных учреждениях или вне их. Не должно быть никакой дискриминации психиатрических пациентов в этом смысле. Где только возможно, психиатрические службы должны быть интегрированы в систему медицинской и социальной помощи. Все пациенты должны лечиться и получать помощь, насколько это возможно, в среде, в которой они живут.

Как принцип, психически больные пациенты должны лечиться согласно тем же правилам, что и другие пациенты, пользуясь тем, что значительное большинство их может лечиться неформально и добровольно в амбулаторных условиях без госпитализации.

Пациенты имеют право на получение соответствующего лечения и помощи согласно высшим стандартам. Качество лечения зависит от окружающей обстановки, персонала и ресурсов. (18)

- Из “Гавайской Декларации Всемирной Психиатрической Ассоциации”:

Психиатр должен информировать больного о характере его состояния, предполагаемых диагностических и терапевтических процедурах, включая и возможные альтернативы, а также о прогнозе заболевания.

Как только состояние, вызвавшее необходимость принудительного лечения, пройдет, больной должен быть выписан, если только он сам не выражает добровольного желания продолжить лечение.

- Из “Пятьдесят четвертой Ассамблеи ВОЗ, вопрос повестки дня 10, 19 мая 2001, Круглый стол: психическое здоровье. Отчет секретариата”:

Министры единодушно согласились, что проблемы психического здоровья являются существенным вкладом в глобальное бремя расстройств, имеют огромные экономические и социальные затраты, и причиняют человеческие страдания. Факт, что страны сталкиваются и с другими проблемами здоровья, когда ограниченные бюджеты не дают эффективных действий. Новые события убедительно указывают, что рентабельные решения возможны во всех контекстах. Многие стратегии, подходы и вмешательства были идентифицированы и используются в многочисленных маленьких проектах во всем мире. Необходима их оценка, и результаты должны быть широко распространены так, чтобы они могли быть включены в национальные программы психического здоровья.

Министры неоднократно призывали к немедленному действию, чтобы уменьшить дальнейшую стигматизацию, дискриминацию и нарушения прав людей с психическими заболеваниями, так как они затрагивают целый континуум (процесс) оказания помощи. Например, клеймо психических расстройств поддерживает дискриминацию, которая осуществляется разницей в социальном страховании здоровья в отношении психической болезни и физической болезни. Необходимо обратиться к институционализированной стигматизации людей с психическими расстройствами, процесс, усиливается размещением психиатрических больниц далеко от сообщества. Перемещение услуг психического здоровья в общие больницы и услуги в сообщества помогли бы приносить психическое здоровье в господствующую тенденцию здоровья. Эффективность может быть получена при использовании прежних психиатрических больниц для общих целей здравоохранения. Предписание минимальных стандартов в инфраструктуре и условия высококачественной помощи, с поддержкой обновленного законодательства, является критическим шагом к защите прав людей с психическими расстройствами. Наиболее важно, чтобы стигматизация была преодолена всеми профессионалами здравоохранения, включая работников психического здоровья.

Министры обсуждали стратегии, чтобы продвинуться в оказании помощи в области психического здоровья вне уровня принятия паритета между оказанием помощи при физических и психических расстройствах. Они согласились, что охрана психического здоровья должна быть объединена в общую систему здравоохранения. Они неоднократно отмечали существенную роль первичного здравоохранения в оказании услуг психического здоровья, даже в странах с высоко специализированной помощью. Интеграция в первичное здравоохранение – в соответствии с глобальным движением, в которое многие нации вовлечены, чтобы переместить оказание помощи в области психического здоровья из психиатрических больниц в сообщества. Для того чтобы такие изменения произошли, бюджет должен быть сохранен или даже увеличен; работа мультидисциплинарных команд психического здоровья должна быть развита; потребности, особенно уязвимых групп, должны быть учтены путем оказания помощи в супервизии; общины должны иметь доступ к кризисным центрам в управлении в затруднительных ситуациях; и широкая общественная поддержка в оказании помощи сообществу должна быть защищена. Перемещение местоположения оказания помощи также облегчает сотрудничество с неправительственными организациями, социальным обеспечением и организациями в сообществе, многие из которых мотивированы заполнить некоторые незаполненные ниши в сфере обслуживания.

Лечение при расстройствах психического здоровья должно быть доступно для всех нуждающихся. Учитывая, что бедность является фактором риска для психических расстройств, принцип равного права на лечение для бедных должен быть сохранен. Министры выразили сожаление, что доступ к основным психотропным лекарственным средствам, особенно в сельских районах, является проблемой, которая сводит на нет всю дисциплину и что стратегии уменьшить затраты, включая оптовую закупку существенно важных психотропных лекарств, должны быть рассмотрены группой стран и регионов.

- Из Пятьдесят пятой Ассамблеи ВОЗ, временной повестки дня пункта 13., 11 апреля 2003, Психическое здоровье: ответ к призыву действовать: Отчет секретариата”:

В январе 2002 на своей 109-ой сессии Исполнительное Правление одобрило резолюцию Исполнительного Правления 109 сессии об улучшении психического здоровья. Эта резолюция обращается к членам Государств принять рекомендации Доклада Всемирной Организации Здоровья, 2001 и вкладывать больше, как на национальном уровне, так и в сотрудничестве, в психическое здоровье, и убеждает Генерального директора и региональные комитеты исполнять эти рекомендации.

- Из доклада Всемирной Организации здравоохранения 2001 “Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда”:

1. **Оказание первичной медицинской помощи.** Лечение и оказание первичной медицинской помощи в области психических расстройств является шагом, который обеспечивает большему количеству людей более быстрый и легкий доступ к услугам в области здравоохранения. Необходимо признать, что многие люди уже нуждаются в помощи именно на этом уровне. Это не только позволит обеспечить лучшее обслуживание; также приведет к сокращению расходов на излишние исследования и ненужное и неспецифическое лечение. Однако для решения данной задачи необходимо подготовить медицинский персонал общего профиля основным навыкам в области психического здоровья. Подготовка такого рода позволит обеспечить наилучшее применение знаний для большего количества людей и даст возможность осуществлять вмешательство. Поэтому тематика психического здоровья должна быть включена в программу учебной подготовки. Кроме того, необходимо предусмотреть курсы повышения квалификации в целях повышения эффективности лечения психических расстройств в лечебных учреждениях общего профиля.
2. **Обеспечение психотропными лекарственными средствами.** Необходимо обеспечить снабжение основными психотропными лекарственными средствами, которые должны быть в постоянном наличии на всех уровнях медицинского обслуживания. Эти препараты должны быть включены в список основных лекарственных средств каждой страны, причем во всех случаях, когда это возможно, необходимо обеспечить наличие самых лучших лекарств, позволяющих лечить психические недуги. Для этого в некоторых странах необходимо внести в законодательство соответствующие изменения. Эти лекарства могут ослабить симптомы, снизить инвалидность, сокращать время течения многих психических расстройств и предотвращать их рецидивы. Они зачастую могут использоваться для начального лечения, особенно в случае отсутствия психосоциальной помощи и высококвалифицированных профессионалов.
3. **Оказание помощи в общине.** Помощь на местном уровне оказывает более благоприятное воздействие на результаты и на качество жизни людей, страдающих хроническими психическими расстройствами, чем в случае лечения в стационаре. Смещение

акцента в лечении больных с психиатрических больниц на общины также выгодно как с точки зрения расходов, так и с точки зрения соблюдения прав человека. Поэтому необходимо создать систему услуг в области психического здоровья на уровне общин и обеспечить ее всеми имеющимися ресурсами. Система услуг, созданная в рамках общин, позволит оказывать первичную помощь и сгладить явление стигматизации, обусловленное необходимостью лечения. Крупные психиатрические больницы закрытого типа должны быть заменены оздоровительными учреждениями на уровне общин, с обеспечением коек для стационарного лечения психических заболеваний в больницах общего профиля, а также медицинской помощи на дому, которые удовлетворяли бы все нужды больных, относившиеся ранее к компетенции психиатрических больниц. Для этого смещения в сторону оздоровительных учреждений на уровне общин необходим медицинский персонал и соответствующие службы реабилитации на уровне общины, в сочетании с обеспечением неотложной помощи, закрытых пансионатов и облегченных условий труда.

- Из “Закона Кыргызской Республики: “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан, при ее оказании”:

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами. 1. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Кыргызской Республики. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики. 2. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право:

1. на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
2. на 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;
3. на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности – по месту жительства;
4. на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
5. на все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям при отсутствии противопоказаний;
6. на оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
7. на предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео или киносъемки;
8. на приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего, для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
9. на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством. 1. Государством гарантируются:

- неотъемлемая психиатрическая помощь;

10. консультативно-диагностическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Кыргызской Республики;
  11. все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
  12. социальная и правовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц страдающих психическими расстройствами;
  13. решение вопросов опеки;
  14. консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;
  15. социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
  16. обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
  17. психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.
2. Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:
    18. создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;
    19. организует общеобразовательное и профессиональное образование несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
    20. создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;
    21. получает от органов занятости населения полную и оперативную информацию о наличии вакантных должностей и свободных рабочих мест;
    22. устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях различного профиля для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;
    23. применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;
    24. создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;
    25. принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки людей, страдающих психическими расстройствами.
  3. обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты для лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется органами государственной власти и управления, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Кыргызской Республики.

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи. Финансирование деятельности учреждения и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из государственного бюджета, фонда обязательного медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Кыргызской Республики, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

**Закон Кыргызской Республики  
о психиатрической помощи  
и его исполнение**

Редактор, корректор *Гарающенко Л. И.*

Подписано к печати \_\_. \_\_.04.

Формат бумаги 60×84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура «Гарамонд».  
3,5 физ. печ. л., 3,26 усл. печ. л. Тираж \_\_\_\_ экз.