



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Ukrainian
Helsinki
Human
Rights Union



Українська
Гельсінська
спілка
з прав людини

**«Права осіб із проблемами психічного здоров'я:
відповідність національного законодавства
міжнародним стандартам.
Контекст дотримання прав людини
у психоневрологічних інтернатах»**

УДК
ББК
П

Автори проекту:

Імереллі Р. Е., Кравченко Р. І., Мойса Б. С.

Загальне редагування:

Буценка А. П.

Цей звіт видано завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках проекту «Права людини в дії», який виконується Українською Гельсінською спілкою з прав людини.

Відповідальність за вміст несуть автори і він не обов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку або уряду Сполучених Штатів Америки. Американський народ, через USAID, надає економічну та гуманітарну допомогу по всьому світу понад 50 років. В Україні допомога USAID надається у таких сферах як: економічний розвиток, демократія та управління, охорона здоров'я і соціальний сектор.

Починаючи з 1992 р., Агентство США з міжнародного розвитку надало Україні технічну та гуманітарну допомогу на суму 1,8 мільярда доларів.

Детальнішу інформацію про програми USAID в Україні можна отримати на офіційному веб-сайті USAID <http://ukraine.usaid.gov> та сторінці у Facebook <https://www.facebook.com/USAIDUkraine>.

П 78 **«Права осіб із проблемами психічного здоров'я: відповідність національного законодавства міжнародним стандартам. Контекст дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах».** Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, Р. І. Кравченко, Б. С. Мойса / Українська Гельсінська спілка з прав людини. — Київ, КВІЦ, 2015. — 40 с., з іл.

Видання присвячене аналізу забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я у відповідності із практикою міжнародних договорів. У звіті приділено увагу реалізації правоздатності, дотримання права на свободу у контексті примусової госпіталізації, аспекту інформованої згоди. Детально проаналізовано дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах. На основі здійсненого аналізу підготовлено рекомендації щодо можливості впровадження міжнародних стандартів до національного правового поля.

**УДК
ББК**

Віг укладачів



Становище осіб із проблемами психічного здоров'я залишається серйозним викликом зобов'язанням України у сфері дотримання прав людини. Постійна залежність таких осіб від сторонніх, домінування ролі спеціальних стаціонарних закладів для надання медичної допомоги та соціальних послуг є основними характеристиками державної політики, наслідком якої є стигматизація та дискримінація зазначеної вище категорії. Аспекти правоздатності, примусової госпіталізації, а також дотримання прав людини у психіатричних закладах та психоневрологічних інтернатах неодноразово були предметом уваги міжнародних та національних правозахисних інституцій. Вкрай важливим є врахування у національному правовому полі досвіду міжнародних договорів у цій сфері, зокрема, Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, практики Європейського суду з прав людини. У пропонованому аналітичному звіті здійснено спробу виробити рекомендації та кроки до впровадження міжнарод-

них стандартів, виконання яких дозволить говорити про збільшення участі осіб із проблемами психічного здоров'я у прийнятті рішень, що їх стосуються, впровадження механізмів надання послуг зазначеній категорії за місцем проживання.

Ми сподіваємося, що наданий аналіз проблем та розроблені рекомендації допоможуть органам влади під час напрацювання стратегічних документів та програм у сфері забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я.

Українська Гельсінкська спілка з прав людини (УГСПЛ) висловлює щирі подяку за всебічну допомогу у підготовці цього видання Всеукраїнській громадській організації «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю», Всеукраїнській громадській організації інвалідів-користувачів психіатричної допомоги «Юзер». Висловлюємо повагу та подяку фахівцям Управління у справах людей похилого віку та надання соціальних послуг Міністерства соціальної політики України за сприяння у проведенні громадської експертизи діяльності Міністерства, а також, за підтримку в організації моніторингових візитів до психоневрологічних інтернатів. Ми вдячні експертам партнерських організацій, що брали участь у підготовці дослідження: Кравченко Раїсі Іванівні – виконавчому директору Всеукраїнської громадської організації «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю», Імереллі Руслану Едуардовичу – президенту Всеукраїнської громадської організації інвалідів-користувачів психіатричної допомоги «Юзер».

Окрему подяку висловлюємо Агентству США з міжнародного розвитку (USAID), яке надало фінансову допомогу для підготовки цього видання. За зміст публікації відповідає виключно автори та Українська Гельсінкська спілка з прав людини і її не можна вважати такою, що відбиває позицію USAID або уряду Сполучених Штатів Америки.

Виконавчий директор УГСПЛ

Аркадій Бущенко

Список скорочень

АТО	Антитерористична операція
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
ІПР	Індивідуальна програма реабілітації інвалідів
Комітет КПІ	Комітет із прав осіб з інвалідністю
КПІ	Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ПНІ	Психоневрологічний інтернат

Вступ

Сучасні міжнародні договори у сфері прав людини, до яких приєдналась Україна, передбачають зміну ставлення до людей із проблемами психічного здоров'я – однієї із найбільш вразливих суспільних груп. Надання максимально можливої правової автономії, зменшення ролі спеціальних інституцій на користь включення до місцевої спільноти є одними із основних рис нового підходу. Україна, на жаль, у ставленні до осіб із інтелектуальними та психосоціальними порушеннями й далі залишається у координатах попередньої моделі, виявляючи повагу до прав цієї категорії суспільства «своєрідним» способом: прагнучи захистити осіб із психосоціальними порушеннями, держава робить їх безправними; щоб надати їм соціальну підтримку, ховає за двометровим парканом місць несвободи; а для людей, погляди яких є незручними, нерідко знаходиться аргумент у вигляді судово-психіатричної експертизи. Викладені вище тенденції неодноразово були предметом уваги Європейського суду з прав людини та інших міжнародних інститутів.

За статистикою, в Україні нараховується близько 1,2 мільйони осіб із проблемами психічного здоров'я, з них — понад 300 тисяч є особами із інтелектуальною, психосоціальною формою інвалідності. Понад 32 тисячі осіб визнані недієздатними.

Порівняння відповідності національного законодавства положенням Конвенції ООН про права людей з інвалідністю свідчить, що особи із психосоціальною та інтелектуальною формами інвалідності, фактично, є обмеженими у можливості реалізувати права, передбачені цим міжнародним документом: від обмеження правоздатності та утримання через інвалідність у місцях несвободи до позбавлення права голосу. Неврахування думки особи стосовно того, де і з ким їй проживати, кількості та якості соціальних та медичних послуг породжує загрози фундаментальним її правам.

У пропонуваному дослідженні зроблено спробу здійснити аналіз відповідності національного законодавства міжнародним стандартам прав людини у сфері психіатричної допомоги та забезпечення окремих прав її користувачів.

Аналізу були піддані наступні компоненти:

- реалізація правоздатності особами, які мають проблеми психічного здоров'я, зокрема, участь осіб, визнаних недієздатними у прийнятті рішень, що їх стосуються;
- поміщення та утримання у психіатричних закладах та психоневрологічних інтернатах в контексті права на свободу та особисту недоторканність;
- поводження із особами з проблемами психічного здоров'я у психоневрологічних інтернатах, його відповідність правам людини;
- реалізація права на вибір місця проживання та деінституалізація як альтернатива перебуванню у сегрегованому середовищі.

Експерти свідомі того, що здійснений аналіз не охоплює усю сукупність викликів у сфері прав людей із проблемами психічного здоров'я, разом з тим, розраховують у наступній його частині більше зосередитись на системі медичної допомоги та дотриманні прав людини у психіатричних закладах.

Методика дослідження. Основним методом здійсненого аналізу є аналіз документів. Зокрема, здійснено порівняльний аналіз міжнародних стандартів прав людини та їх відображення у національному законодавстві. Розглянуті міжнародні стандарти були об'єднані за групами, відповідно, рівня Організації Об'єднаних Націй та стандартів Ради Європи. Найбільша увага була приділена стандартам Конвенції ООН про права людей з інвалідністю (КПІ) та напрацьованої у межах відповідного Комітету практики її застосування. Крім того, проаналізовані стратегічні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Проаналізована практика Європейського суду з прав людини щодо дотримання прав осіб із проблемами психічного здоров'я, у контексті статей 3, 5, 6, 8 Конвенції захисту прав людини і основоположних свобод. Не оминули увагою й рекомендаційні документи Комітету міністрів Ради Європи, спрямованих на декларування шляхів забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я.

Для дослідження системи психоневрологічних інтернатів у січні-травні 2015 р. проведено громадську експертизу діяльності Міністерства соціальної політики України щодо дотримання прав людини

у психоневрологічних інтернатах. Здійснено порівняння діючого Типового положення із проектом нового Положення, наразі розробленим Міністерством. Додатково розгляду були піддані статистичні дані щодо кількості закладів та динаміки їх наповнюваності. У квітні 2015 р. експертами УГСПЛ здійснено моніторингові візити до Веселокутського (Кіровоградська область) та Іллінського (Дніпропетровська область) психоневрологічних інтернатів. Під час візитів застосовувались методи аналізу внутрішньої документації психоневрологічних інтернатів, спостереження умов проживання підопічних, а також проведено фокус-групове опитування підопічних та глибинне інтерв'ю персоналу закладів.

Попередні результати дослідження були обговорені під час круглого столу 29 квітня 2015 р., за участі експертної спільноти та представників організацій осіб із інтелектуальною та психосоціальною формами інвалідності.

Структура дослідження складає три розділи.

У першому розділі розглянуто еволюцію міжнародних стандартів та досвіду у сфері забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я. У фокусі уваги знаходяться договори ООН, зокрема, Конвенція про права людей з інвалідністю, стандарти та стратегічні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, практика Європейського суду з прав людини, а також стратегічні напрями Ради Європи у цій сфері.

Другий розділ присвячений розгляду національних правових стандартів та їх відповідність міжнародним інструментам, до яких приєдналась Україна. Акцент зроблено на реалізації правоздатності особами із проблемами психічного здоров'я; ризиках обмеження права на свободу, пов'язаних із примусовою госпіталізацією та судово-психіатричною експертизою; медичному втручанні та інформованій згоді особи.

У третьому розділі проаналізовано практичний аспект втілення як міжнародних норм, так і національних правових стандартів у системі психоневрологічних інтернатів.

Завершують дослідження підготовлені експертами рекомендації, спрямовані на внесення змін до законодавчих та нормативно-правових актів, втілення яких дозволить говорити про зрушення у напрямі імплементації кращого міжнародного досвіду.

Ми очікуємо, що пропонуване дослідження буде корисне представникам законодавчої та виконавчої гілок влади, відповідальних за формування і реалізацію політики у сфері надання психіатричної допомоги, а також ініціює плідну дискусію в експертному середовищі

Розділ I. Огляд міжнародних стандартів забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я

Рівність перед законом. Реалізація правоздатності дозволяє говорити про задоволення громадсько-політичних, соціально-економічних та культурних прав. Доводиться констатувати, що особи з інвалідністю піддаються дискримінації, намагаючись реалізувати власну правоздатність. Особливо це стосується осіб із психосоціальною та інтелектуальною формами інвалідності, які часто взагалі є виключеними із процесу прийняття рішень. У контексті здійсненого аналізу реалізація правоздатності прямо пов'язана із: правом на свободу (утримання особи у психіатричних закладах); свободою від катувань (аспект примусового лікування та умови утримання у закладах); доступом до правосуддя (можливість оскаржувати рішення, пов'язані із дієздатністю та помещенням до закладу); вибором місця проживання та включення до місцевої спільноти (перебування у сегрегованому середовищі та відсутність послуг на рівні громади).

Ще у 2005 р. Всесвітня організація охорони здоров'я зазначила, що «дієздатність є одним із критеріїв правоздатності: «особа не може бути визнаною неправоздатною на тій підставі, що вона не дієздатна приймати рішення у певний період часу»¹.

Проте рішуча зміна у розумінні правоздатності людей з інвалідністю прийшла після ухвалення у 2006 р. Конвенції ООН про права людей з інвалідністю. Пункт 2 Статті 12 Конвенції говорить, усі інваліди мають правоздатність на рівні з іншими в усіх аспектах життя². Визначення правоздатності у міжнародній практиці трактується і як здатність володіти правами, так і здатність здійснювати ці права. Найбільш вдале розуміння правоздатності, яке варто використовувати у національному правовому полі, надає п. 2 ст. 15 Конвенції ООН про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок: «Держави-сторони надають жінкам однакову з чоловіками громадську правоздатність і однакові можливості її реалізації. Вони, зокрема, забезпечують їм рівні права при укладанні договорів і управлінні майном, а також рівне відношення до них на всіх етапах розгляду в судах і трибуналах»³.

Зважаючи на неоднакове трактування статті 12 КПІ державами-учасниками, Комітетом КПІ у травні 2014 р. були прийняті загальні зауваження, у яких, зокрема, пояснюється, що «правоздатність» та «дієздатність» є «...двома різними поняттями. Якщо правоздатність означає: по-перше, володіння правами та обов'язками; по-друге, можливість реалізувати права та обов'язки, то психічна дієздатність означає навички особи приймати рішення, які, природно, у різних людей є неоднаковими і можуть варіюватись в залежності від багатьох факторів, включно із середовищними та соціальними факторами»⁴. В цілому Комітет вважає, що «концепція психічної дієздатності сама по собі значно суперечлива. На відміну від загальних уявлень психічна дієздатність не виступає об'єктивним, науково-обґрунтованим явищем, що виникає природно. Психічну дієздатність визначають політичні та соціальні умови, як і різноманітні дисципліни, професійні аспекти та види практики, які відіграють домінуючу роль при оцінці психічної дієздатності»⁵.

Комітет наголошує, що інтелектуальні порушення та інші дискримінаційні посилення не є законними причинами відмови у правоздатності (правовому статусі та дієздатності): «Згідно із статтею 12 Конвенції припущені чи фактичні обмеження психіатричної дієздатності не повинні використовуватись для позбавлення правоздатності»⁶.

Наступна частина вищевказаної статті Конвенції накладає на держави зобов'язання надавати людям з інвалідністю доступ до підтримки, якої вони можуть потребувати під час реалізації своєї правоздатності. Із викладеного вбачається, що людям з інвалідністю необхідно створити умови для їх макси-

¹ Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, права человека и законодательство. – WHO. – 2005

² Конвенція ООН про права інвалідів // http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

³ Конвенція ООН про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок. // http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_207

⁴ Загальні зауваження Комітету з прав інвалідів по статті 12 КПІ.
// <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>

⁵ Там само.

⁶ Там само.

мальної участі у прийнятті рішень, що їх стосуються. Мета підтримки полягає у донесенні інформації до людини про характер рішення у найбільш зручний для неї спосіб, наслідком чого є самостійний вибір людини певного рішення. У цьому зв'язку Комітет ООН з прав людей з інвалідністю рекомендував державам-учасницям «... переглянути законодавство, яке допускає опіку та піклування, та вжити заходів з метою розробки законів та політики, спрямованих на впровадження моделі підтриманого прийняття рішень, яка б враховувала волю та бажання людей з інвалідністю»⁷.

На рівні Ради Європи значення правоздатності та її реалізації людьми з інвалідністю визначено у Плані дій 2006-2015 рр. та у рекомендаційних документах Комісара з прав людини.

У стратегічному документі комісара Ради Європи від 2012 р. щодо правоздатності осіб із психо-соціальною та інтелектуальною формами інвалідності пропонуються наступні кроки, необхідні для реалізації європейськими правовими системами: «По-перше, необхідно скасувати механізми, які забезпечують повну недієздатність та пленарну опіку; дієздатність має поширюватися і на осіб з інвалідністю. Наявність інтелектуального та/або психосоціального порушення не є причиною для позбавлення вигоди від презумпції «здатності». По-друге, ми повинні переглянути та реформувати дискримінаційне законодавство, що позбавляє людей з інвалідністю людських прав (наприклад, право на справедливий судовий розгляд, право голосу чи право на власність) через їхню інвалідність чи наявність порушення. По-третє, державні і місцеві органи влади, суди, заклади охорони здоров'я та інші постачальники послуг повинні зробити свої послуги більш доступними для людей з інвалідністю. Розумне пристосування для людей з інвалідністю, які намагаються отримати доступ до послуг, це – мінімум. Це включає надання інформації простою і зрозумілою мовою, наявність особи, що здійснює підтримку у зв'язку з волею зацікавленої особи»⁸.

Як приклад кращих практик підтримки осіб із психосоціальною формою інвалідності може бути наведена шведська модель персональних омбудсменів – професіоналів, які постійно працюють з конкретними особами, не маючи при цьому зобов'язань перед установами і які діють лише тоді, коли людина цього потребує. Характеристиками цієї форми є відсутність бюрократичних процедур для отримання персонального омбудсмена, гнучкий графік його роботи, зручність послуги через реагування омбудсмена на пріоритетні потреби людини⁹.

Іншою успішною практикою підтримки є канадська модель угод про представництво – механізм представлення інтересів особи у випадках, коли національне законодавство не визнає її можливості приймати рішення. В рамках цієї моделі особа самостійно обирає представника, при цьому важливо, щоб особа мала можливість спілкуватись у тій мірі, яка дозволяє виразити бажання на отримання допомоги та усвідомлювала значення угоди про представництво, а стосунки між особою та представником повинні бути довірливими¹⁰.

Європейська конвенція захисту прав людини та основоположних свобод прямо не наголошує на реалізації правоздатності, однак, Європейський суд з прав людини напрацював значну практику у цих питаннях, в тому числі – щодо реалізації правоздатності особами із проблемами психічного здоров'я та інтелектуальною формою інвалідності.

У контексті статті 5 Конвенції певна кількість справ стосувалась зв'язку між втратою дієздатності, потраплянням під опіку та як наслідок – примусового поміщення особи до закладу або лікування. Внаслідок втрати правоздатності за рішенням опікуна особу поміщають до інтернатного чи психіатричного закладу, залишити який особа може тільки за зверненням опікуна. Суд вважає, що згідно національного законодавства таке затримання виглядає законним, однак Суд робить висновок, що національне правове поле не надає достатньо можливостей для захисту, що, як наслідок, призводить до порушення

⁷ Там само

⁸ Хто повинен вирішувати? Право на юридичну дієздатність для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних та психосоціальних розладів. // <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1908555>

⁹ Там само.

¹⁰ Там само.

статті 5 Конвенції¹¹. В іншій справі Суд звертає увагу, що національне законодавство не передбачає потреби періодичного перегляду затримання, коли поміщення виглядає добровільним, водночас, втрата дієздатності заявника не дає можливість йому особисто звертатись за судовим захистом проти подальшого затримання. На думку Суду, ця ситуація демонструє «незабезпеченість нормативно-правової бази» та порушує пункт 4 статті 5 Конвенції¹².

Стосовно реалізації права на справедливий суд у контексті правоздатності ЄСПЛ виходить із кількох елементів:

- Право особи бути заслуханою у суді під час розгляду справ стосовно дієздатності. Це право реалізується як через особисту присутність особи на слуханнях, так і через різні форми представництва. Суд наголошує, що перебування особи під опікою не повинно позбавляти її можливості донести свою думку до суду¹³.

- Саме суддя, а не психіатр, повинен оцінити всі наявні факти для прийняття рішення у справах пов'язаних із дієздатністю. Суд зауважує, що «рішення національних судів має ґрунтуватись на медичному висновку, в якому надається належна оцінка ступеня недієздатності пацієнта»¹⁴. Водночас, на думку Суду: «було б бажаним, якби суддя, що здійснює розгляд справи, перевіряв чи не є медичний висновок свавільним, а також вислухав свідків і лікаря»¹⁵;

- Доступ особи до правосуддя у питаннях перегляду рішення стосовно недієздатності¹⁶. Суд звертає увагу, що: «особа повинна скористатись ефективним механізмом оскарження свого поміщення до психіатричного закладу»¹⁷. Необхідним є встановлення розумних термінів порушення питання особою щодо недієздатності¹⁸.

ЄСПЛ констатує зв'язок між втратою дієздатності та правом на повагу до приватного та сімейного життя. Набуття особою недієздатності не повинно бути перешкодою для виконання юридичних дій, подання для отримання пенсії по інвалідності, участі у прийнятті рішень стосовно лікування¹⁹.

Україна неодноразово була предметом уваги ЄСПЛ у справах, пов'язаних із наслідками втрати дієздатності особи із проблемами психічного здоров'я. ЄСПЛ звертає увагу на відсутність в українському законодавстві можливості самостійного звернення особи, визнаної недієздатною, до суду стосовно поновлення дієздатності²⁰.

Крім того, ЄСПЛ неодноразово звертав увагу на проблему залежності особи, визнаної недієздатною від рішень опікуна.

З оглядом на викладене Україні слід невідкладно прийняти законодавство, на яке неодноразово вказував Європейський суд з прав людини, а саме: щодо можливості особи особисто звертатись з приводу перегляду рішення щодо обмеження дієздатності, щодо зменшення залежності недієздатної особи від опікуна та підвищення її правоздатності. Зрештою, з метою реалізації Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, Україні слід здійснити заходи із запровадження моделі прийняття рішення, яка базується на врахуванні волі та побажань особи.

Право на свободу. Доводиться констатувати, що механізми примусової госпіталізації особи із проблемами психічного здоров'я можуть мати наслідком порушення права на свободу.

Питання примусової госпіталізації на рівні ООН піднімалось ще у 1991 р. У відповідності із Принципами захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги «...будь-яка

¹¹ Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. /European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications office of the European Union, 2013. – P. 18. // Source //http://fra.europa.eu/sites/default/files/legal-capacity-intellectual-disabilities-mental-health-problems.pdf

¹² *Kędzior v Poland*

¹³ *Winterwerp v the Netherlands, Shtukaturov v Russia*, Legal capacity. P. 19

¹⁴ *Shtukaturov v Russia*

¹⁵ *X and Y v Croatia*.

¹⁶ Legal capacity. P. 19

¹⁷ (*Lashin v. Russia*, 22.01.2013)

¹⁸ *Berkowa v Slovakia* (24.09.2009)

¹⁹ *Salontaji-Drobnjak v. Serbia*, 13.10.2009

²⁰ *Mykhailenko v Ukraine* 30.04.2013

особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в якості пацієнта у примусовому порядку, або особа, вже госпіталізована як пацієнт у добровільному порядку, може триматися як пацієнт у психіатричному закладі у примусовому порядку тоді й тільки тоді, коли уповноважений для цієї мети відповідно до закону кваліфікований фахівець, який працює в області психіатрії, встановить..., що ця особа страждає на психічне захворювання і визначить, що: (а) внаслідок цього психічного захворювання існує серйозна загроза заподіяння безпосередньої або неминучої шкоди цій особі або іншим особам, або (б) у випадку особи, чиє психічне захворювання є тяжким, а розумові здібності — ослабленими, відмова від госпіталізації або тримання даної особи в психіатричному закладі може призвести до серйозного погіршення її здоров'я або унеможливить застосування належного лікування, яке може бути здійснене лише за умови госпіталізації до психіатричного закладу відповідно до принципу найменш обмежувальної альтернативи... Примусова госпіталізація повинна ініціюватись на короткий час, обумовленим внутрішнім законодавством, для обстеження або попереднього лікування для розгляду госпіталізації або затримання контрольним органом».

Розуміння контрольного органу подається у принципі 17: «Контрольним органом може бути судовий або інший незалежний та незацікавлений орган, заснований на внутрішньому законодавстві, і діяти згідно із положеннями внутрішнього законодавства». Серед завдань контролюючого органу, принципи визначають: «орган повинен проводити періодичну перевірку випадку примусового лікування та причин втручання у відповідності із національним законодавством»...²¹ І хоча експерти схильні вважати, що Конвенція про права людей з інвалідністю «відправила у небуття» зазначені норми, все ж цитоване вище дозволяє прослідкувати еволюцію розуміння примусової госпіталізації та умов, за яких така форма є можливою²².

У 2005 р. ВООЗ у Інформаційному довіднику із психічного здоров'я запропонувала наступні критерії, якими слід керуватись, щоб виправдати необхідність застосування примусової госпіталізації:

Наявність психіатричного розладу. Законодавство переважної більшості країн визнає цей критерій основним для госпіталізації, однак, тяжкість і ступінь психічного розладу варіюється в залежності від країни. Одні країни допускають примусову госпіталізацію за наявності певних видів розладів, інші – тяжкого психічного розладу, треті країни використовують більш широке розуміння психічних розладів для примусової госпіталізації.

Велика вірогідність безпосередньої та неминучої небезпеки. Критерій може застосовуватись із максимальним врахуванням інтересів пацієнта, мінімізуючи шкоду їх здоров'ю та безпеці близьких їм людей. Важливим аспектом законодавства є аспект прогнозування такої небезпеки.

Необхідність лікування. Критерій включає кілька характеристик: по-перше, захворювання є складним (визначення); по-друге, має бути переконливо доведено ослаблення розумових здібностей (дієздатності); по-третє, потрібне переконливе доведення, що відмова від госпіталізації може мати наслідком небезпеку для особи (прогнозування). Цей критерій, як і попередній, є дискусійним. Представники інтересів осіб із психіатричними захворюваннями взагалі рекомендують від нього відмовитись.

Під час госпіталізації має проводитись курс терапії. Примусова госпіталізація має розглядатись у контексті терапевтичного лікування як через застосування ліків, так й іншими реабілітаційними заходами.

Зазначені критерії можуть використовуватись виключно як найменша альтернатива – особа не може бути госпіталізована, якщо є можливість інших шляхів допомоги, наприклад, медична допомога за місцем проживання.

Експертиза, яка визначить необхідність примусової госпіталізації, повинна проводитись двома незалежними фахівцями. Якщо ж їх думка відрізняється, запрошується третій експерт²³.

²¹ Принцип 16 Резолюції 46 / 119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги» // http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_905

²² Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem. – European Union agency for fundamental rights. // <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

²³ Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, права человека и законодательство. – WHO. – 2005

За даними атласу психічного здоров'я ВООЗ примусове лікування не є предметом дослідження, однак, опосередковано до примусового лікування можна віднести відсутність мультидисциплінарного підходу, соціальних працівників, послуг на рівні громади для осіб із психіатричними захворюваннями. Водночас, в атласі ВООЗ із психічного здоров'я 2011 р. Україна відсутня.

Трактування права на свободу, викладене у Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, пропонує дещо відмінне розуміння примусової госпіталізації та примусового поміщення. Пункт b) статті 14 наполягає на тому, аби особи «не позбавлялися волі незаконно чи довільно й щоб будь-яке позбавлення волі відповідало законові, а наявність інвалідності в жодному випадку не ставала підставою для позбавлення волі»²⁴. Комітет з прав людей з інвалідністю у пунктах 1, 2 коментарів дещо розширює розуміння цього положення:

«1. Абсолютна протидія утриманню, що базується на інвалідності. Наявна практика, коли держави-учасниці допускають обмеження свободи на ґрунті існування або попередження інвалідності. У цьому зв'язку Комітет встановив, що стаття 14 не допускає жодних винятків на основі яких особа може бути затриманою на підставі наявності інвалідності чи її попередження. Водночас, законодавства деяких держав-учасниць, включно із законом щодо психічного здоров'я, досі створює ситуації, коли особа може утримуватись на підставі наявності інвалідності чи її попередження, за умови наявності інших причин, зокрема, коли людина може становити небезпеку для себе чи для інших. Така практика не може бути пов'язаною із статтею 14.

2. Законодавство щодо психічного здоров'я, що дозволяє утримання особи з інвалідністю на підставі твердження про небезпеку особи для себе чи для інших. Через здійснений аналіз доповідей держав-учасниць Комітет встановив, що створення можливості для утримання особи з інвалідністю на підставі попередження небезпеки для себе або інших суперечить статті 14. Примусове затримання осіб з інвалідністю на підставі презумпції ризику чи небезпеки пов'язаної з інвалідністю прямо суперечить праву на свободу. Наприклад, неправильним є затримання когось якраз через те, що у них діагностовано параноїдальну шизофренію²⁵. Можна припустити, що таке трактування стосується, в тому числі концепту примусової госпіталізації».

Підтвердження зміни парадигми отримання психіатричної допомоги наявні і в Комплексному плані дій ВООЗ в галузі психічного здоров'я на 2013-2020 рр., де відсутні заходи щодо примусового лікування, натомість пропонуються превентивні заходи, зокрема, послуги на рівні громади, поширення мультидисциплінарного підходу, тощо²⁶.

Експерти схильні вважати, що офіційно ВООЗ уникає дослідження стосовно примусового лікування, хоча недержавні організації наполягають на його публічному обговоренні.

На рівні Ради Європи право на свободу у контексті примусової госпіталізації та примусового лікування слід розглянути у контексті статті 5 Конвенції захисту прав людини та основоположних свобод та рішень Європейського суду з прав людини щодо цієї статті. Стаття 5 Конвенції, зокрема, вказує: «1. Кожен має право на свободу та особисту недоторканість. Нікого не може бути позбавлено свободи, крім таких випадків і відповідно до процедури, встановленої законом... е) ..., законне затримання психічнохворих, алкоголіків або наркоманів чи бродяг»²⁷. Про розвиток правової практики ЄСПЛ стосовно цього питання свідчить його констатація, що значення терміну «психічно хворий» змінюється разом з розвитком досліджень у психіатрії. Більш гнучкими стають методи лікування та змінюється ставлення суспільства до психічних захворювань. Особа не може вважатись психічно хворою, якщо її погляди чи поведінка не відповідають нормам спільноти.

Звертає на себе увагу формула, виведена ЄСПЛ у контексті статті 5 Конвенції: «Певні обмеження прав людини мусять бути персоналізовані індивідуальним потребам, повинні бути справді виправдані,

²⁴ Конвенція ООН про права інвалідів // http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

²⁵ Statement on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. //

<http://www.ohchr.org/RU/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15183&LangID=E#sthash.AXuIM3vH.dpuf>

²⁶ Комплексний план дій ВООЗ в галузі психічного здоров'я на 2013 – 2020 рр.

²⁷ Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. // http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_004

бути результатом базованих на правах людини процедурах та порівнюватись із ефективними заходами захисту»²⁸.

Примусове поміщення особи до психіатричного закладу не може бути законним, якщо не дотримано трьох мінімальних умов: 1) об'єктивна медична експертиза повинна достовірно показати, що особа є психічно хворою; 2) психічний розлад має бути таким, що обумовлює примусове тримання особи у психіатричній лікарні; 3) необхідність продовжуваного тримання у психіатричній лікарні залежить від стійкості такого захворювання.

За винятком окремих випадків особа не може бути позбавлена свободи, доки не буде переконливо доведено, що особа є «психічно хворою»²⁹. Водночас, суд наголошує на повноваженнях національних держав щодо переконливості доказів психіатричного розладу особи, залишаючи за собою можливість пересвідчитись, чи було достатньо доказів для національних судів, аби виправдати тримання під вартою³⁰. Водночас процедура експертизи не повинна бути довготривалою³¹.

Обмеження або позбавлення свободи особи з психіатричними захворюваннями буде законним, якщо воно здійснюється у психіатричній лікарні, клініці чи в іншому відповідному закладі, але не в СІЗО чи навіть медичному відділенні системи виконання покарань³².

Не допускається поміщення до психіатричного закладу за рішенням прокуратури, поліції, інших не-судових органів. Особа повинна мати право оскаржити законність свого поміщення до закладу у суді.

При застосуванні психіатричного лікування необхідним є здійснення судового нагляду³³. Зокрема, такий нагляд контролює термін перебування у психіатричному закладі³⁴. Продовження строків перебування повинно ґрунтуватись на загрози для пацієнта чи його небезпечній поведінці, що має бути підтверджене належними доказами³⁵.

У справі «Горшков проти України» Суд наполягає: «Ключовою гарантією згідно статті 5 (4) Конвенції є те, що пацієнт, котрий утримується в психіатричному закладі, мусить мати право на судовий перегляд за його власним бажанням» і через це «...вимагає в першу чергу наявність незалежного правового засобу, за допомогою якого особа, яка утримується, має можливість постати перед суддею, який визначить законність триваючого утримання. Доступ особи, яка утримується, до судді не має залежати від доброї волі адміністрації закладу, де утримується особа, використовуватись за розсудом керівництва медичного закладу». Навіть наявність механізму автоматичного представлення інтересів пацієнта не може бути заміною права на доступ до правосуддя³⁶.

ЄСПЛ у своїх рішеннях, зокрема, наголошує на:

необхідності присутності особи під час судового розгляду про примусову госпіталізацію; наявності на національному рівні незалежних фахівців при розгляді справ із примусової госпіталізації; наданні можливості оскарження рішення про госпіталізацію у примусовому порядку; забезпеченні можливості отримання юридичної допомоги під час госпіталізації; необхідності періодичних оглядів щодо стану пацієнта, а також можливість залишати заклад за власним бажанням, коли особа добровільно погодилась на госпіталізацію³⁷.

Суд також вказує на необхідність ретельного вивчення доказів, які б доводили потребу у примусовій госпіталізації³⁸. Суд підтверджує незаконність тривалого перебування особи у психіатричному закладі без її на те згоди. Крім того, Суд вважає неприпустимим обмежувати можливість особи спілкуватись із рідними³⁹. Суд констатує необхідність належно санкціонованої психіатричної експертизи⁴⁰.

²⁸ Stanev v Bulgaria

²⁹ (Winterwerp v. the Netherlands) (24.10.1979)

³⁰ (Luberti v Italy (23.02.1984)

³¹ (Nowicka v. Poland, 03.12.2003)

³² (Aerts v. Belgium, 30.07.1998)

³³ Shopov v. Bulgaria (02.09.2010)

³⁴ Johnson v. the United Kingdom, 24.10.1997)

³⁵ Gajcsi v. Hungary, 03.10.2006)

³⁶ Gorshkov v Ukraine

³⁷ M v Ukraine 19.04.2012

³⁸ Rudenko v Ukraine 3.08.2014

³⁹ Akopyan v Ukraine 5.06.2014

⁴⁰ Fedorov, Fedorova v Ukraine 7.07.2011

За незаконне поміщення до закладу особа має отримати компенсацію.

Окрім рішень ЄСПЛ заслуговує на увагу положення Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи 2004(10). У статті 17 Рекомендацій визначено, що примусова госпіталізація особи допускається при наявності усіх наступних критеріїв:

1. Особа страждає на психічні розлади.
2. Стан здоров'я особи становить ризик небезпеки для неї особисто чи для оточуючих.
3. Госпіталізація має терапевтичну ціль.
4. Відсутні менш обмежувальні методи надання медичної допомоги.
5. Було враховано думку особи⁴¹.

У статті 24 Рекомендацій зазначено підстави припинення заходів примусової госпіталізації та/чи примусового лікування: «Примусова госпіталізація або недобровільне лікування мають бути припинені, якщо тривалість таких дій не задовольняє будь-якому із критеріїв їх прийнятності. Лікар, що здійснює лікування особи, повинен нести відповідальність за оцінку того, що хоч би один із критеріїв більше не існує, якщо тільки суд не залишив право оцінки можливої шкоди за собою, іншими особами або за спеціальним органом»⁴².

Ми маємо констатувати, що у міжнародній правовій практиці форма примусової госпіталізації суттєво еволюціонувала у напрямку врахування інтересів особи із проблемами психічного здоров'я. Міжнародними організаціями напрацьовані критерії для здійснення госпіталізації у примусовому порядку. Більше того, поступово міжнародна спільнота наполягає на мінімізації цієї форми лікування на користь отримання медичних послуг за місцем проживання. Із врахуванням цього ми вважаємо, що Україні слід включити як до стратегічних документів реформування сфери охорони здоров'я, так й до відповідного законодавства кроки по забезпеченню психіатричної допомоги за місцем проживання.

Свобода від катувань чи жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність поводження чи покарання. Повага до приватного життя.

На рівні Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, свободу від катувань розглядають у контексті примусового лікування та необхідності отримання персоналом вільної та інформованої згоди пацієнта. У заключних коментарях до статті 12 КПІ Комітет з прав людей з інвалідністю зауважує на тому, що персонал має знайти шляхи, щоб максимально консультиватись із пацієнтом і щоб особа, що діє від імені пацієнта (наприклад, опікун), не приймала рішення замість нього⁴³.

Заслуговує на увагу позиція Спеціального доповідача ООН із протидії катуванням щодо того, що використання медикаментів (як то нейролептиків) без згоди пацієнтів чи як форма покарання може вважатись катуванням. Побочні ефекти від таких заходів мають серйозний вплив на стан особи⁴⁴.

На рівні Ради Європи аспект медичного втручання розглядається як через призму статті 3 «Свобода від катувань, нелюдського або іншого жорстокого або такого, що принижує гідність людини поводження та покарання» та статті 8 «Повага до приватного життя».

Європейський суд з прав людини засновує принцип зв'язку між статтею 3 Конвенції та методами примусового лікування: «Суд вважає, що залежне і безпомічне становище, у якому як правило, перебувають пацієнти, що примусово утримуються у психіатричній лікарні, потребує особливої уваги в перевірці того, чи дотримані вимоги Конвенції. Хоча рішення про використання тих чи інших методів лікування приймається із визначених правил медичної науки, медичними працівниками, включно, якщо це є необхідним, примусово, для збереження фізичного і психічного здоров'я пацієнтів, які абсолютно не здатні приймати самостійні рішення і за яких медики несуть відповідальність, такі пацієнти, тим не менше, залишаються

⁴¹ Рекомендація REC(2004)10 Комітета міністрів державам-членам относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами. // <http://www.mindlabyrinth.ru/legal/?sid=84>

⁴² Там же.

⁴³ Загальні зауваження Комітету з прав інвалідів по статті 12 КПІ. // <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx>

⁴⁴ Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem. – European Union agency for fundamental rights. // <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

під захистом статті 3, яка не допускає жодних відступів. У такій ситуації рішення мають прийматись на основі загальноприйнятих принципів медицини; із загального правила, захід, який є терапевтичною необхідністю, не може розглядатись як нелюдське або таке, що принижує гідність людини поводження. Тим не менше, суд має переконатися у тому, що було переконливо доведено існування такої медичної необхідності»⁴⁵.

Стосовно ж статті 8 ЄСПЛ виходить з того, що приватне життя охоплює фізичну та психологічну недоторканість особи. Збереження психічної стабільності є незмінною передумовою для ефективного здійснення права на повагу до приватного життя⁴⁶. Втручання у приватне життя повинно відповідати закону та ґрунтуватись на законній меті⁴⁷. Таке втручання повинно бути санкціоноване рішенням суду⁴⁸.

Примусове лікування, як і зміна умов тримання на більш суворі допускається у випадках, коли особа становить небезпеку для себе чи оточуючих⁴⁹.

Під час перебування у закладі особа повинна мати гарантії захисту від сексуальних злочинів, в тому числі з боку персоналу⁵⁰.

Незаконними вважаються неналежні умови утримання у закладі (їжа, температурний режим, заняття чи вправи)⁵¹.

Особа може оскаржити примусове лікування, в тому числі, після його припинення⁵².

Повинна бути надана можливість конфіденційного спілкування із зовнішнім світом⁵³. У контексті юридичної процедури, потрібно інформувати не лише зацікавлену особу, але й її представників⁵⁴.

Важливою є позиція Європейського комітету протидії катувань, викладена у його стандартах. Оцінюючи використання лише медикаментозної форми лікування, Комітет зазначає, що психіатричне лікування має базуватись на «індивідуальному підході», його складають не лише препарати, але «слід залучати широкий спектр реабілітаційних та терапевтичних активностей, включно з доступом до трудової терапії, групової терапії, індивідуальної психотерапії, мистецтва, театру, музики та спорту». Комітет звертає увагу, що якщо персонал недостатньо підготовлений, якщо домінує опіка замість відновлення, ситуація може сягнути того, що «фундаментальні компоненти ефективного психосоціального, реабілітаційного поводження будуть не розвинуті або взагалі тотально втрачені»⁵⁵.

Логічним висновком з викладеного вважається наша рекомендація регламентувати у правовому полі України використання засобів фіксації та ізоляції, а також гарантувати особам, що проживають у психоневрологічних інтернатах та перебувають у психіатричних закладах, свободу від катувань, нелюдського та іншого жорстокого або такого, що принижує гідність поводження та покарання.

Право проживати самостійно та включення до місцевої спільноти логічно впливає із задекларованою у Конвенції ООН про права людей з інвалідністю необхідності подолання дискримінації та дотримання рівності. Описана вище потреба надання людям з інвалідністю підтримки у реалізації власної правоздатності, визнання того, що поміщення та перебування особи в закладі може бути ризиком обмеження її права на свободу, а також прагнучи, щоб послуги, в тому числі, із психіатричної допомоги надавались за місцем проживання, ставить питання перед Україною про забезпечення можливості людям з інвалідністю обирати – де і з ким проживати. Останнє вимагає й отримання людьми з інвалідністю послуг на рівні місцевої громади.

⁴⁵ *Herczegfalvy v Austria*

⁴⁶ *Bensaid v the United Kingdom* (06.02.2001)

⁴⁷ *A.G. v. Switzerland* (09.04.1997)

⁴⁸ *Storck v. Germany* (16.06.2005)

⁴⁹ *Schneiter v. Switzerland* (31.03.2005)

⁵⁰ *X. and Y. v. the Netherlands*, 26.03.1985)

⁵¹ *Stanev v. Bulgaria* (17.01.2012)

⁵² *Herz v Germany* (12.06.2003)

⁵³ *Herczegfalvy v Austria*

⁵⁴ *Vaudelle v France*

⁵⁵ *Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem.* – European Union agency for fundamental rights. // <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

Пункт а) статті 19 Конвенції ООН про права людей з інвалідністю накладає на держав-учасниць зобов'язання стосовно того, аби «... інваліди мали можливість вибирати нарівні з іншими людьми своє місце проживання й те, де й з ким проживати, і не були зобов'язані проживати в якихось визначених житлових умовах»⁵⁶.

Із доповіді Управління Верховного Комісара ООН з прав людини вбачається, що у багатьох регіонах світу залишається практика поміщення людей з інвалідністю до інтернатних закладів: «І хоч у різних випадках умови у закладах можуть відрізнятися, все ж для них характерні певні елементи: ізоляція та сегрегація від життя суспільства; відсутність контролю за рішеннями, що стосуються щоденного життя; чітко встановлений розпорядок, незалежний від особистих інтересів та вподобань; здійснення ідентичних заходів в одному закладі до групи осіб під загальним контролем; патерналістський підхід до надання послуг; нагляд за умовами проживання без згоди зацікавленої особи; непропорційна кількість людей з інвалідністю, що проживають в одному закладі». У доповіді дається певне розуміння проживання самотійно: «Умови проживання повинні оцінюватись з урахуванням таких питань, як вибір того, з ким жити; хто вирішує стосовно направлення та виписки особи з інвалідністю з інтернату; дозвіл на відвідання його дому; вибір щоденного розпорядку та харчування; здійснення покупок та виплата видатків»⁵⁷.

Комітет з прав людей з інвалідністю вимагає від держав-учасниць за участю організацій людей з інвалідністю прийняти стратегії із часовими та ресурсними межами, спрямовані на деінституалізацію послуг. «Деінституалізація є процесом, пов'язаним із зміною умов проживання особи з інвалідністю, переходу від інституційних та інших сегрегованих умов до системи, що забезпечує соціальну участь, коли послуги у місцевій спільноті надаються на умовах індивідуального вибору та інтересів. Системність деінституалізації означає трансформацію системи послуг у таких сферах як: охорона здоров'я, реабілітація, допоміжні послуги, освіта та зайнятість»⁵⁸.

Існують різні типи моделей деінституалізації, оскільки сучасні спеціальні заклади можуть надавати різні послуги з індивідуального планування та розвитку навиків для проживання у суспільстві. Звичайно, створення умов деінституалізації вимагатиме значних ресурсів. На першому етапі необхідна підтримка як існуючої інституціональної системи, так і створення нової системи послуг. Проте, остання є більш витратно-ефективна, і, за дослідженнями, обходиться дешевше, ніж утримання осіб з інвалідністю у спеціальних закладах.

Необхідно мати на увазі аспект надання особистої допомоги людям з інвалідністю, при цьому основним критерієм має бути повага до гідності особи з інвалідністю та надання їй можливості максимальної незалежності. Така допомога, наприклад, у межах сім'ї повинна бути заохочена через соціальну допомогу.

У вищезазначеній доповіді Управління Верховного комісара щодо реалізації права на самотійне проживання надаються наступні рекомендації державам стосовно кроків із його імплементації:

1. Законодавчі та адміністративні заходи. Необхідно переглянути цивільне законодавство щодо рівності осіб з інвалідністю перед законом та реалізації правоздатності. Слід також на нормативному рівні задекларувати право осіб з інвалідністю проживати самотійно і бути залученими до життя у громаді, при цьому слід відмінити положення, що допускають примусову інституалізацію.

2. Рівень планування та програм. Програми та політики із деінституалізації повинні орієнтуватись на здійснення системних змін щодо поступового збільшення підтримки та альтернативних послуг на рівні громади та орієнтуватись на реальні терміни. Це передбачає поступовий перерозподіл коштів від спеціальних закладів на користь служб підтримки на рівні громади, а також припинення створення нових закладів та реконструкція існуючих.

3. Ресурсний рівень. Для ефективного фінансування системи допоміжних послуг, можливо, є сенс включати їх до загальнонаціональних програм із питань інвалідності. Для запобігання зловживань держава повинна слідкувати, щоб потреби та інтереси особи ставились вище інтересів постачальника послуг»⁵⁹.

⁵⁶ Конвенція ООН про права інвалідів. // http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

⁵⁷ Тематическое исследование права инвалидов жить самостоятельно и участвовать в жизни общества. // <http://www.ohchr.org/RU/Issues/Disability/Pages/LiveIndependently.aspx>

⁵⁸ Там само.

⁵⁹ Там само.

Наполягає на деінституалізації й Всесвітня організація охорони здоров'я: «ВООЗ закликає до неперервного переходу від використання психіатричних лікарень і стаціонарних інститутів тривалого проживання до забезпечення догляду на рівні місцевих спільнот. Організація переконана, що догляд на рівні місцевої спільноти позитивно впливає на результати, що стосуються рівня життя, більшою мірою забезпечує дотримання прав людини, більше того — є менш затратним підходом порівняно з інституалізацією. ВООЗ також підкреслює зв'язок між житловим сектором та сектором зайнятості»⁶⁰.

Наразі у країнах Європи біля 1.2 млн. осіб проживають в інтернатних закладах, найбільшою групою є особи із інтелектуальними порушеннями, наступною йдуть особи з інтелектуальними порушеннями та проблемами психічного здоров'я⁶¹.

У практиці ЄСПЛ окреме місце займають справи, пов'язані із тривалим утриманням особи в психіатричному закладі з обмеженням зовнішніх контактів, яке Суд вважає порушенням статті 5 Конвенції⁶². Крім того, Суд констатує порушення статті 3 Конвенції, коли особа тривалий час проживає в антисанітарних та неприйнятних умовах⁶³.

Європейська соціальна хартія та ряд рекомендацій Комітету міністрів Ради Європи зазначають на поступовому переході від системи закладів до послуг на рівні місцевих громад. Зокрема, стаття 15 Європейської соціальної хартії декларує права осіб з обмеженими можливостями на незалежність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства⁶⁴ і вимагає від держав-учасниць розроблення відповідної програми. Резолюція Парламентської Асамблеї щодо доступу до прав людей з інвалідністю закликає «активно сприяти процесу трансформації установ, реорганізуючи послуги та перепрофілюючи ресурси спеціалізованих установ на послуги у місці проживання»⁶⁵.

Ми також можемо лише підтримати нагальність розробки відповідної національної політики, яка б включала відмову від створення нових закладів інтернатного типу; концентрацію в існуючих закладах потенціалу на підготовку особи до проживання в громаді; поступовий перерозподіл асигнувань на цілі самостійного проживання особи в громаді та отримання нею відповідних послуг.

⁶⁰ Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based care. // <http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2012-12-07-Guidelines-11-123-2012-FINAL-WEB-VERSION.pdf>

⁶¹ Там само.

⁶² *Shtukaturov v Russia*

⁶³ *Stanev v Bulgaria*

⁶⁴ Європейська соціальна хартія. // http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_062

⁶⁵ Резолюція 1642 (2009). // http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/mpz/docs/890_rez_1642.htm

Розділ II. Національні правові стандарти забезпечення окремих прав осіб із проблемами психічного здоров'я

У Законі України «Про психіатричну допомогу» задекларовано, що пріоритетом забезпечення психіатричної допомоги є права і свободи людини і громадянина⁶⁶. Психіатрична допомога надається згідно із принципами законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. Стаття 25 цього Закону визначає права осіб, яким надається психіатрична допомога, зокрема:

- поважне і гуманне ставлення, що виключає приниження честі і гідності людини;
- отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;
- відмову від психіатричної допомоги за винятком її надання у примусовому порядку, передбаченого законом;
- одержання психіатричної допомоги у найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо — за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
- утримання у психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
- попередню згоду або відмову у будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчанні;
- безоплатну юридичну допомогу з питань пов'язаних із наданням їм психіатричної допомоги;
- альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;
- особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;
- відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги⁶⁷.

Окремо у законі регламентовані права осіб, що перебувають у психіатричному закладі, зокрема:

- спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
- повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання психіатричної допомоги;
- забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
- доступ до засобів масової інформації;
- дозвілля, заняття творчою діяльністю;
- відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;
- звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом⁶⁸.

Нажаль, чимало із регламентованих Законом прав залишаються лише декларацією. Той факт, що у правовому полі категорія осіб із проблемами психічного здоров'я є однією із найбільш вразливих, а недосконалість законодавства має наслідком порушення прав людини у цій сфері, що неодноразово підтверджувалось рішеннями Європейського суду, дозволяє поставити під сумнів гарантування задекларованих принципів.

⁶⁶ Закон України «Про психіатричну допомогу». // <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

⁶⁷ Там само.

⁶⁸ Там само.

Реалізація правоздатності та дієздатності. Аналіз законодавства України дозволяє стверджувати про тотожність поняття дієздатності та правоздатності. Стаття 30 Цивільного кодексу України дає визначення цивільної дієздатності – здатність фізичної особи своїми діями набувати для себе цивільних прав і самостійно їх здійснювати, а також здатність своїми діями створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі їх невиконання. Перша частина цієї статті наголошує, що «цивільну дієздатність має фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними»⁶⁹.

Законодавство передбачає як обмеження, так і втрату цивільної дієздатності фізичною особою. Цивільний кодекс регламентує обмеження цивільної дієздатності судом на підставі того, що «вона (особа) страждає на психічний розлад, який істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними. Над особою, цивільна дієздатність якої обмежена, встановлюється піклування. Піклувальник надає дозвіл особі на здійснення правочинів, які виходять за межі дрібних. Відмову піклувальника надати такий дозвіл особа може оскаржити до органу опіки та піклування або до суду»⁷⁰.

Визнання ж особи судом недієздатною настає за умови, «...якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними». Законодавець констатує, що особа, визнана недієздатною, не може вчиняти будь-яких правочинів, тому суд в таких випадках встановлює над особою державну опіку та призначає опікуна⁷¹. За останнім законодавець закріпив здійснення усіх правочинів. Поновлення дієздатності (у разі одужання або значного поліпшення стану здоров'я) здійснюється судом на підставі заяви опікуна або органу опіки та піклування⁷². Останнє обмежує доступ осіб із проблемами психічного здоров'я до правосуддя. Більше того, особа, визнана недієздатною не може звертатись до суду про позбавлення повноважень опікуна.

Єдиним, хоча й не особливо ефективним запобіжником зловживань опікуна законодавець визначив орган опіки та піклування, який контролює його дії. Зокрема, опікун є обмеженим в укладанні договорів щодо майна підопічного. Крім того, орган опіки та піклування може відсторонити особу від ведення функцій опікуна у разі поміщення недієздатної особи до спеціального закладу⁷³. Однак функціонування цього інституту супроводжується певними проблемами – відсутністю окремого підрозділу, який би відповідав за напрям опіки та піклування над повнолітніми недієздатними особами та особами, дієздатність, яких обмежена, слабкою інституційною підтримкою цієї сфери⁷⁴.

Виглядає так, що з одного боку, за вчинки недієздатної особи відповідає опікун. Підписані недієздатною особою документи вважаються недійсними, а всі угоди з майном укладає опікун лише за згоди органу опіки, який зобов'язаний не допустити порушення майнових прав недієздатної особи. З іншого боку, визнання людини недієздатною означає, що підписані нею документи не мають юридичної сили і посадові особи не повинні на них реагувати. Це – суттєве обмеження прав, адже посадові особи не зобов'язані реагувати на скарги людини про неякісні медичні, соціальні послуги; заяву про прийом на роботу, укладання шлюбу; запит про отримання державної допомоги, судовий позов. Особа, визнана судом недієздатною, потрапляє у ситуацію, коли її фундаментальні права обмежуються. За рішенням опікуна особу можуть помістити до закладу або примусово госпіталізувати, що порушуватиме її право на свободу. Для здійснення над нею лікування, визначення його форм та методів достатньо отримати згоду її представника. Недієздатні особи позбавлені виборчого права, як і права висловлення думки.

За даними Міністерства соціальної політики, в Україні визнано недієздатними 32097 повнолітніх громадян, з них 24392 мають опікунів з числа фізичних осіб, над 7550 особами опіку здійснюють спеціальні заклади, над 155 особами опіку здійснюють органи опіки та піклування. Насторожує, що 7834 недієздатним особам не встановлено інвалідність. Можна припустити, що або опікуни не обізнані

⁶⁹ Цивільний кодекс України. // <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

⁷⁰ Там само.

⁷¹ Цивільний процесуальний кодекс. Ст. 241. ч. 1

⁷² Цивільний кодекс України.

⁷³ Там само.

⁷⁴ Проблеми системи опіки над повнолітніми недієздатними особами в Україні: Звіти про дослідження. – К.: ВГО "Коаліція", 2012. – Серія: «Права осіб з інтелектуальною недостатністю». - 45 с.

із правами підопічних, або їх опікунство виглядає формальним. Останнє викликає побоювання щодо становища такої кількості осіб.

У Цивільному процесуальному кодексі констатується, що у суді представником прав та законних інтересів особи, визнаної недієздатною, є опікун. Законодавцем у цьому контексті не згадується можливість суду залучити недієздатну особу. Звертає на себе увагу й той факт, що заява про визнання фізичної особи недієздатною може бути подана членами її сім'ї, близькими родичами, незалежно від їх спільного проживання, органом опіки та піклування, психіатричним закладом. У заяві про визнання фізичної особи недієздатною повинні бути викладені обставини, що свідчать про хронічний, стійкий психічний розлад, внаслідок чого особа не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними. На підставі даних про психічний розлад особи суд призначає судово-психіатричну експертизу⁷⁵.

Є підстави стверджувати про недостатність судових гарантій стосовно обмеження дієздатності особи або визнання особи недієздатною. Так, стаття 240 ЦПК говорить: «1. Справи про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи чи визнання фізичної особи недієздатною суд розглядає за участю заявника та представника органу опіки та піклування. Питання про виклик фізичної особи, щодо якої розглядається справа про визнання її недієздатною, вирішується в кожному випадку судом з урахуванням стану її здоров'я»⁷⁶. Оскільки участь особи у судовому засіданні є вкрай важливим, виглядає абсолютно необхідним посилення гарантій доступу до правосуддя такої зацікавленої особи.

З цих позицій виглядає позитивним розроблений Міністерством соціальної політики України проект Закону України «Основи законодавства України про опіку та піклування над повнолітніми недієздатними особами та особами, дієздатність яких обмежена, їх соціальний захист»⁷⁷. Прийняття зазначеного законопроекту значно поліпшить правове становище осіб, які визнаються недієздатними або обмежено дієздатними, шляхом наділення цих осіб можливостями ставити питання про перегляд рішення стосовно дієздатності, позбавлення повноважень опікуна, а також претендувати на отримання безоплатної правової допомоги. Одночасно законопроектом пропонується внести зміни до низки законодавчих актів.

1. До Цивільного процесуального кодексу. Відповідно до запропонованої редакції статті 237 ЦПК заява про визнання фізичної особи недієздатною, про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи, про потребу у піклуванні, звільнення від повноважень опікуна або піклувальника, про поновлення дієздатності (не частіше ніж один раз на шість місяців) може бути подана, в тому числі, цією особою. Для запобігання зловживанню інститутом опікунства, автори проекту запропонували внести зміни до статті 238, передбачивши необхідність додання до заяви про визнання фізичної особи недієздатною, про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи та про поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, висновку лікарсько-консультативної комісії відповідно психіатричного чи наркологічного закладу про наявність чи відсутність у такої фізичної особи потреби в опіці або піклуванні.

Зазнає змін пункт 1 статті 207: «1. Суд постановляє ухвалу про залишення заяви без розгляду, якщо: заяву подано особою, яка не має цивільної процесуальної дієздатності, крім заяв про поновлення її цивільної дієздатності та про звільнення опікуна». У статті 240 ЦПК згідно із проектом закону зазначається, що «справи про визнання фізичної особи недієздатною, обмеження дієздатності, перегляд рішень про визнання фізичної особи недієздатною, та обмеження дієздатності фізичної особи суд розглядає за обов'язкової участі такої особи (якщо це можливо за станом її здоров'я)». Іншим заходом, який би убезпечив від зловживань, автори проекту закону запропонували внести зміни до статті 241 ЦПК передбачивши, що рішення «...про визнання фізичної особи недієздатною, обмеження цивільної дієздатності фізичної особи приймається строком на 5 років та із закінченням вказаного строку підлягає перегляду в порядку розгляду судом справ про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи і визнання фізичної особи недієздатною».

3. До Закону України «Про звернення громадян» щодо звернень, поданих недієздатною особою. Такі звернення, за пропозицією авторів законопроекту, мають розглядатися, якщо вони стосуються скарг

⁷⁵ Цивільний процесуальний кодекс. // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1618-15/page2>

⁷⁶ Там само.

⁷⁷ http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=167311

на рішення, дії чи бездіяльність опікуна, спеціального закладу сфери соціального захисту населення, охорони здоров'я та виконання кримінальних покарань, органу опіки та піклування.

4. До Закону України «Про безоплатну правову допомогу». Пропонується, зокрема, що звернення стосовно первинної правової допомоги подаються, в тому числі, особами, визнаними недієздатними або обмежено дієздатними. Суб'єктів права на безоплатну вторинну правову допомогу пропонується доповнити особами, щодо яких відповідний державний орган розглядатиме або розглядає питання про визнання їх недієздатними чи обмеження їх цивільної дієздатності, про скасування рішення про визнання таких осіб недієздатними чи про обмеження їх цивільної дієздатності та поновлення цивільної дієздатності таких осіб, звільнення їх опікуна або піклувальника та оскарження рішень, дій чи бездіяльності органів опіки та піклування.

Статтю 18 запропоновано доповнити наступним: «Звернення про надання таких послуг з метою поновлення цивільної дієздатності та звільнення опікуна чи піклувальника можуть бути подані особисто особами, які визнані недієздатними або дієздатність яких обмежена».

Законодавчі ініціативи уряду щодо посилення правових гарантій осіб, визнаних недієздатними або дієздатність яких обмежена, можна вважати логічним кроком із виконання міжнародних зобов'язань. Залишається наполягати у якнайшвидшому їх поданні до Верховної Ради.

Серед переліку інших заходів уряду актуальною є Державна цільова програма «Національний план дій із реалізації Конвенції ООН про права інвалідів до 2020 р.». Для реалізації статті 12 Програмою визначено: 1) внесення змін до Закону України «Про безоплатну правову допомогу» щодо визначення порядку надання інвалідам з розумовою відсталістю інформації про зміст та хід судової справи в доступному форматі, а також персональної допомоги для їх участі в судових засіданнях; 2) вирішення питання щодо запровадження послуги з представництва інтересів і відстоювання прав інвалідів з розумовою відсталістю та психічними розладами, у тому числі шляхом проведення експерименту.

Ці кроки, за умови їх впровадження, дозволять говорити про певне поліпшення ситуації із реалізацією правоздатності особами із інтелектуальною та психосоціальною формою інвалідності. Разом з тим, слід невідкладно провезти експеримент щодо послуги представлення інтересів осіб із інтелектуальною та психосоціальною формою інвалідності, оскільки тривале збереження субститутивної моделі прийняття рішень ставить під сумнів декларований державою шлях на забезпечення прав людини.

На підставі викладеного ми можемо констатувати, що зв'язок у національному законодавстві між дієздатністю особи та її правоздатністю призводить до фактичного виключення осіб, визнаних недієздатними, від процесу прийняття рішень, що їх стосуються, в тому числі на конституційному рівні. Тотальна залежність від опікуна та неможливість донести свою думку є основними тенденціями чинного законодавства.

Правозахисна спільнота також стурбована збереженням у правовому полі «замінюючої» моделі прийняття рішень. Тому, на нашу думку, слід невідкладно провести експеримент із представництва інтересів осіб із проблемами психічного здоров'я, а також внести до цивільного законодавства положення щодо підтриманого прийняття рішення особами, що не здатні усвідомлювати значення власних дій та керувати ними.

Право на свободу. Присутні у національному законодавстві концепти примусової госпіталізації, як і поміщення особи без її згоди до спеціального закладу, створюють серйозні виклики гарантуванню права на свободу, передбаченого як Конституцією України, так і численними міжнародними договорами, до яких країна приєдналась. На недосконалість законодавства у цій сфері наголошував, в тому числі Європейський суд з прав людини.

Стаття 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» зазначає: «Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою згодою. (...) Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. (...) Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра»⁷⁸. Із зазначеного вбачається вразливість

⁷⁸ Закон України «Про психіатричну допомогу». // <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

осіб, що визнані недієздатними в частині обмеження їх права на свободу. Правозахисна спільнота висловлює сподівання, що Конституційний Суд України підтримає подання Уповноваженої Верховної Ради України з прав людини та визнає цю частину статті 13 неконституційною.

Стаття 14 цього ж Закону зазначає підстави, за якими особа може бути госпіталізована у примусовому порядку, а саме: «Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність»⁷⁹. Згідно із подальшим текстом Закону, комісія лікарів психіатрів подає впродовж доби до суду підстави, згідно з якими особу слід утримувати у психіатричному закладі примусово. Особі, госпіталізованій у примусовому порядку, формально гарантується можливість оскарження такого рішення.

Як і в ситуації із госпіталізацією особи, що визнана недієздатною, стурбованість викликає визначена Законом України «Про психіатричну допомогу» норма щодо поміщення особи, визнаної недієздатною, до психоневрологічного інтернату: «Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту є (...) для особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра»⁸⁰. Дивним виглядає, що за такою кількістю осіб та інституцій законодавець не побажав почути думку самої зацікавленої особи. Більше того, залишити заклад особа, визнана недієздатною, зможе лише за заявою законного представника із зобов'язанням її утримувати. Законодавець, правда, не виключає можливість винесення рішення суду про незаконне поміщення особи, але оскаржувати таке рішення недієздатна особа самостійно не зможе.

Окреслені вище проблеми викликають розчарування щодо реалізації у законодавстві заявленого принципу добровільності отримання психіатричної допомоги.

Серйозним викликом для гарантування права на свободу є примусове проведення судово-психіатричної експертизи. Зокрема, Цивільний процесуальний кодекс передбачає: «Суд за наявності достатніх даних про психічний розлад здоров'я фізичної особи призначає для встановлення її психічного стану судово-психіатричну експертизу. Якщо ж особа явно ухиляється від проходження судово-медичної експертизи, суд за участі лікаря-психіатра може прийняти рішення про примусове направлення на судово-медичну експертизу»⁸¹. Доводиться констатувати, що направлення на судово-психіатричну експертизу може вважатись порушенням права на свободу, так як його розуміють у міжнародній практиці. Обмежувати свободу людини лише на підставі виявлених у неї психічних розладів є недостатнім. Більше того, проведення експертизи може нанести шкоду здоров'ю людини. Водночас, практика Європейського суду стосовно України свідчить про використання органами судочинства та досудовими органами цього інструменту у спосіб та кількості, що не відповідає правам людини⁸².

З огляду на це слід невідкладно внести зміни до національного законодавства, які б давали можливість врахувати думку особи, яку визнано недієздатною, при обмеженні її свободи. Поміщення особи до спеціального закладу, як і її госпіталізація, повинна базуватись на її можливості донести свою думку. Спрямовуючи особу на судово-психіатричну експертизу, слід брати до уваги комплекс критеріїв визначених міжнародною практикою.

Свобода від катувань. Втручання у приватне життя. Описані у першій частині міжнародні стандарти наполягають на якомога більшій ролі вільної та інформованої згоди особи щодо методів та форм лікування.

⁷⁹ Там само.

⁸⁰ Там само.

⁸¹ Цивільний процесуальний кодекс України. // <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1618-15/page7>
Rudenko v Ukraine, Zaichenko v Ukraine.

⁸² Rudenko v Ukraine, Zaichenko v Ukraine.

Аспект вільної та інформованої згоди присутній як в законодавстві стосовно охорони здоров'я, так і спеціальному законі «Про психіатричну допомогу».

Стурбованість викликає норма статті 43 (Згода на медичне втручання) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», яка, зокрема зазначає: «Згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо (...) пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою його законних представників»⁸³. Необхідним є все ж, щоб пацієнт був максимально інформований та зручний для нього спосіб надав свою згоду на здійснення лікування.

Теж саме стосується й використання нових методів лікування чи медикаментів: «Нові методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи лише після отримання її письмової згоди. Щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною — за письмовою згодою її законного представника. При отриманні згоди на застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, особі та (або) її законному представнику повинна бути надана інформація про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати»⁸⁴. Зазначена норма має бути приведена у відповідність із статтею 25 Конвенції ООН про права інвалідів щодо надання послуг на підставі вільної та поінформованої згоди. Особі повинна бути надана інформація у зручний для неї спосіб та здійснено максимальні заходи щодо можливості почути з цього приводу її думку.

Ті ж обмеження знаходимо у Законі України «Про психіатричну допомогу». Зокрема, психіатрична допомога надається на прохання або за усвідомленою згодою особи. Однак у випадку недієздатності особи така допомога надається на прохання чи за згодою її представника⁸⁵. Тому цілком логічним є внесення змін до Закону України «Про психіатричну допомогу», передбачивши інститут вільної та інформованої згоди особи, що визнана недієздатною, за винятком, коли така особа перебуває у стані загострення. У такому випадку згоду на лікування такої особи повинен санкціонувати суд.

Турбує правозахисну спільноту нерегламентоване використання психіатричними закладами методів фіксації та ізоляції. Законом «Про психіатричну допомогу» визначено: «Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я».

Через відсутність підзаконного акту Міністерства охорони здоров'я, якими передбачено затвердження вказаних вище правил використання заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції, керуючись міжнародними стандартами, слід висловити тривогу з приводу використання психіатричними лікарнями та психоневрологічними інтернатами приміщень для ізоляції осіб, гамівних сорочок, фіксування до ліжок та інше. Більше того, ми змушені констатувати, що ці методи є більш поширеними, ніж використання форм та методів, які б попереджали ескалацію кризи у пацієнтів, що може бути наслідком як недостатності персоналу, так і його невідповідності.

⁸³ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». // <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page2>

⁸⁴ Там само.

⁸⁵ Закон України «Про психіатричну допомогу».

Втручання до приватного життя стосовно осіб з проблемами психічного здоров'я є складовою, в тому числі, дотримання репродуктивних прав. Розчарування викликає наявність у статті 281 (Право на життя) Цивільного кодексу України норми, що «стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна, з додержанням вимог, встановлених законом»⁸⁶. По-перше, ця норма вочевидь перевищує повноваження опікуна, по-друге, створює поле для зловживань. У зв'язку з цим надає надію розроблений Міністерством соціальної політики проект закону стосовно опіки та піклування над особами, визнаними недієздатними або дієздатність яких обмежена. Проектом закону передбачено внесення змін до Цивільного кодексу України, якими стерилізація повнолітньої дієздатної особи може бути проведена лише за рішенням суду⁸⁷.

Викликом залишається й збереження конфіденційної інформації стосовно осіб, яким надається психіатрична допомога. Законом України «Про психіатричну допомогу» гарантується захист та збереження інформації стосовно стану психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги. Однак, Закон допускає винятки, коли така інформація може бути надана, зокрема допускається «... передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для: 2) провадження досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора та суду»⁸⁸. Слід наголосити на невідповідності цитованого вище положення ст.ст. 161, 162, 164 Кримінального процесуального кодексу. Оскільки інформація містить лікарську таємницю та охороняється Законом, надання її слідчому лише на підставі факту фігурування особи у розслідуванні є таким, що може порушувати захист конфіденційної інформації. Пропонується розглянути можливість надання такої інформації слідчому, прокурору лише на підставі пред'явлення особі підозри чи звинувачення у вчиненні злочину або за ухвалою суду.

На нашу думку, переглядаючи концепт правоздатності, Україні слід врахувати необхідність участі особи, визнаної недієздатною, у прийнятті рішень стосовно форм та методів лікування. Слід також регламентувати використання методів та форм фіксації та ізоляції, зменшуючи їх використання на користь заходів із попередження кризи та ескалації. Положення ЗУ «Про психіатричну допомогу» в частині захисту конфіденційної інформації слід привезти у відповідність із чинним Кримінальним процесуальним кодексом.

Право на самостійне проживання та включення до місцевої спільноти. У Національному плані дій із реалізації Конвенції ООН про права інвалідів для реалізації статті 19 Конвенції заплановано розробку та подання в установленому порядку Кабінетові Міністрів України проекту постанови стосовно забезпечення організаційно-правових умов захисту повнолітніх недієздатних осіб та осіб, дієздатність яких обмежена, передбачивши механізм надання їм допомоги за місцем проживання⁸⁹.

Національне законодавство підтверджує право особи на вибір місця проживання. Стаття 310 Цивільного кодексу України говорить: «2. Фізична особа має право на вільний вибір місця проживання та його зміну, крім випадків, встановлених законом»⁹⁰.

Крім того, декларується можливість отримання послуг за місцем проживання. Статтею 25 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» передбачено надання у разі потреби реабілітаційних послуг за місцем проживання. Однак, цією ж статтею Закону пропонується й підтримка догляду за людьми з інвалідністю: «Для забезпечення догляду за інвалідом, дитиною-інвалідом з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ним (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування інвалідів, дітей-інвалідів при установах соціального обслуговування, реабілітаційних установах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування інвалідів». Однак, скористатись цією

⁸⁶ Цивільний кодекс України.

⁸⁷ http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=167311

⁸⁸ Закон України «Про психіатричну допомогу»

⁸⁹ Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 «Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 р.» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF>

⁹⁰ Цивільний кодекс України. // <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15/page6>

статтею не зможуть особи, що офіційно не зареєстровані у територіальній громаді, де мають намір отримати послугу.

Статтею 37 законодавець зазначив на тому, що «інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються соціальним, педагогічним і психологічним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності послуги з соціального і педагогічного патронажу надають виїзні реабілітаційні бригади»⁹¹. На жаль, практичне втілення задекларованих норм залишає бажати кращого. За свідченнями експертів, через відсутність альтернативних видів установ в громаді люди з інвалідністю позбавлені вибору місця проживання та з ким жити. Особи, які мешкають вдома, не отримують послуги державних служб і повністю залежать від родини. І законодавство, і практика направлені на ізоляцію і сегрегацію цієї категорії в інтернатах, а персональну допомогу інваліди отримують у виняткових випадках.

Стосовно надання послуг за місцем проживання особам із проблемами психічного здоров'я слід констатувати лише задекларовану у Законі України «Про психіатричну допомогу» норму статті 25 щодо права на одержання психіатричної допомоги, якщо можливо, за місцем проживання особи, членів її сім'ї, інших родичів або законних представників. Проте у цьому значенні положення статті стосується переважно психіатричних лікарень. Крім того, особи-користувачі мають право на санаторно-курортне лікування. Однак ситуація із реалізацією цієї гарантії викликає почуття жалю, оскільки жодного спеціалізованого санаторію для осіб-користувачів психіатричної допомоги немає. Відсутні й відповідні реабілітаційні центри. Більше того, для осіб, що страждають на психічні розлади, санаторно-курортні заклади, спрямовані на підтримку соматичного стану здоров'я наразі закриті.

Основним підсумком цього розділу може бути наше стійке переконання в тому, що державі, спільно із організаціями зацікавлених осіб, слід напрацювати стратегічні документи, спрямовані на організацію підтриманого проживання та надання послуг на рівні громади. При цьому вкрай важливо детально регламентувати розумні строки реалізації цих документів та їх ресурсне наповнення.

⁹² Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». //<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/page2>

Розділ III. Дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах (за результатами громадської експертизи Міністерства соціальної політики та моніторингових візитів до Веселокутського та Іллінського психоневрологічних інтернатів)

За спостереженнями експертів, переважна більшість психоневрологічних інтернатів розташована на значній відстані від обласних центрів. Так, середня віддаленість психоневрологічних інтернатів від м. Харкова становить 98,2 км, при найвищому показнику по Україні в Полтавській області — 152,1 км та найнижчому — у Рівненській (42,5 км). Середня відстань від обласних центрів до інтернатів по Україні становить 83 км. Впадає в око і той факт, що лише 43 інтернати (28%) розташовані в містах, а решта 108 (72%) — у віддалених хуторах, селищах та селищах міського типу⁹³, що є наслідком ще радянської системи «догляду».

Протягом 2011–2014 рр. відкрито чотири нових психоневрологічних інтернатів – два у Луганській, по одному — у Житомирській і Вінницькій областях. У восьми областях кількість підопічних збільшилася, у п'яти – зменшилася. За період з 2011 по 2013 рік планова ємність психоневрологічних інтернатів збільшилася на 1992 ліжко-місця (фактично розгорнуто 1932 ліжко-місць додатково, з них зайнято 1849 місць).

Однак складно визначити більш точні показники збільшення кількості підопічних за період після початку антитерористичної операції, оскільки дані за 2014 рік не враховують показників АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополя. Виходячи із поданої інформації у Донецькій та Луганській областях, зменшення стосується лише кількості підопічних, тоді як кількість закладів залишено незмінною. Не уточнено, яка доля спіткала 1566 підопічних з Донецької області та 1110 підопічних інтернатів з Луганської області – саме на таку кількість осіб зменшилися показники фактично зайнятих ліжок у цих областях, але одночасного співставного збільшення кількості підопічних у психоневрологічних інтернатах інших областей не виявлено. Водночас, не можна стверджувати, що підопічні залишилися на окупованій території, адже кількість закладів на підконтрольних територіях не зменшилася. Отже, особливу тривогу викликає доля 2676 осіб з Луганської та Донецької областей, які перестали отримувати

послуги у психоневрологічних інтернатах.

Усього на кінець 2014 р. підопічними 148 психоневрологічних інтернатів було 28262 осіб.

Іншим показовим чинником, який змушує сумніватись у відповідальності уряду за декларованими цілями є норми із планування будівель психоневрологічних інтернатів, згідно із якими у психоневрологічних інтернатах повинні бути паркани не нижчими 2 м. із воротами, які закриваються (фото 1). Останнє, на жаль, переконливо свідчить про домінування функції контролю над функцією підтримки.

Згідно із Типовим положенням психоневрологічний інтернат є стаціонарною соціально-медичною установою, призначеною



Фото 1. Вхід на територію Іллінського психоневрологічного інтернату.

⁹³ Психоневрологічні інтернати: віддаленість, яка межує із забуттям. // http://gazeta.dt.ua/SOCIETY/psihonevrologichni_internati_viddalenist_yaka_mezhue_iz_zabuttyam.html

для постійного проживання громадян з психоневрологічними захворюваннями, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування. Підпорядковується психоневрологічний інтернат органам соціального захисту населення місцевих адміністрацій. Водночас, повноваження Міністерства соціальної політики поширюються на забезпечення нормативно-правової та методичної основи діяльності інтернатів. До того ж, Міністерство здійснює перевірку роботи закладів.

Вказані вище повноваження дозволяють Міністерству соціальної політики впливати на діяльність закладів, зокрема, в частині дотримання прав людини. По-перше, через передбачення у Типовому положенні та інших нормативних документах завдань із забезпечення прав осіб, що проживають в інтернаті, а у разі необхідності — регламентації шляхів їх забезпечення. По-друге, через механізм підготовки ате-стаційних матеріалів для адміністрації та працівників інтернатних закладів — стимулювати їх систематичну просвіту із міжнародних стандартів прав людини. Зрештою, по-третє, через функції контролю Міністерство може безпосередньо спостерігати — чи права підопічних не порушуються.

Однак на практиці ситуація є дещо іншою. Положення про Міністерство соціальної політики України не містить зобов'язань стосовно регламентування діяльності, пов'язаної із імплементацією міжнародних документів у сфері прав людини, зокрема, Конвенції ООН про права інвалідів. Те ж саме стосується і положень про структурні підрозділи із соціального захисту населення. Як наслідок, права людини не є визначальними і для діяльності психоневрологічних інтернатів, через що функції інтернатів зосереджені на забезпеченні фізіологічних потреб підопічних. Саме про це свідчить чинне типове положення — повага до гідності людини, її рівні права та можливості не проголошені головною цінністю при організації діяльності установи, не передбачено заходів для попередження дискримінації.

Розроблений проект нового типового положення можна визнати кроком вперед в частині, що стосується дотримання прав людини, свідченням чому є покладене на адміністрацію закладу завдання «забезпечення реалізації прав підопічних відповідно до законодавства, зокрема, статті 25 Закону України «Про психіатричну допомогу». Однак, розчарування викликає його аж надто тривале затвердження.

Категорії осіб, що можуть бути прийнятими до психоневрологічного інтернату. Згідно із діючим Типовим положенням про психоневрологічний інтернат до інтернату приймаються на державне утримання «... психічно хворі особи, які досягли пенсійного віку, та інваліди першої і другої груп з психоневрологічними захворюваннями, старші 18 років...»⁹⁴.

Разом з тим, за межами послуг психоневрологічних інтернатів залишаються дві вразливі групи осіб з проблемами психічного здоров'я. Першу групу складають особи, яким встановлено третю групу інвалідності за наслідками психосоціальних порушень. За умов відсутності рідних та фактичну втрату соціальних зв'язків, такі особи потребуватимуть послуг у закладі. Водночас, до цих осіб можуть бути віднесені підопічні інтернатів, яким за наслідками переогляду може бути встановлена третя група інвалідності. Позбавлення послуг в психоневрологічних інтернатах цій категорії осіб виглядає не бажаним.

Іншою категорією, на яких слід поширити послуги із обслуговування у психоневрологічних інтернатах, є особи передпенсійного віку з психічними захворюваннями, в тому числі хронічними, які втратили зв'язок із зовнішнім світом, не мають рідних та втратили власність. Для цієї категорії осіб фактично є недоступною система послуг, що надається бездомним. Водночас, державна підтримка може виявлятися у можливості обслуговування таких осіб у психоневрологічному інтернаті.

Дотримання приватності. Значним викликом для системи психоневрологічних інтернатів залишається дотримання приватності підопічних. Мова йде про простір у спальних кімнатах, користування туалетами та ванними кімнатами, можливість користуватись засобами комунікації та таємницю листування. У діючому Типовому положенні про психоневрологічний інтернат відсутні норми, які б декларували приватність підопічних інтернатних закладів. Разом з тим, одним із напрямів Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів" на період до 2020 р.» на Міністерство соціальної політики та Міністерство охорони здоров'я покладено завдання з «вивчення питання щодо

⁹⁴ Типове положення про психоневрологічний інтернат / Затв. наказом Мінпраці та соціальної політики України від 29.12.01 р. № 549



Фото 2. Спальня кімната Веселокутського психоневрологічного інтернату.

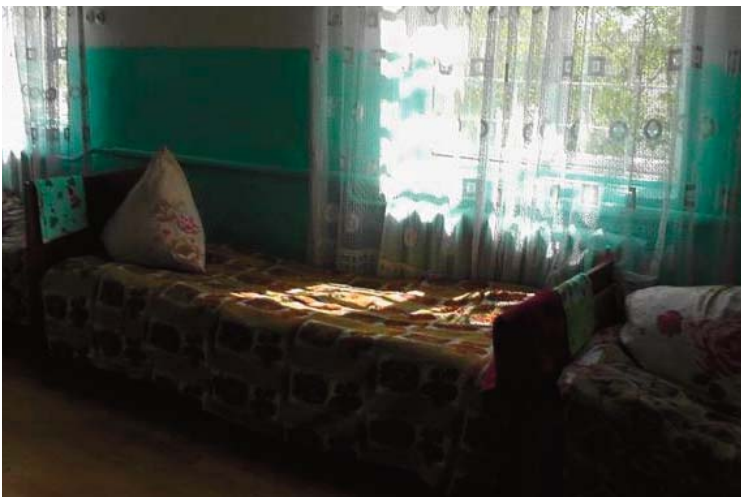


Фото 3. Одна із спальних кімнат Іллінського психоневрологічного інтернату.



Фото 4. Туалетна кімната Іллінського психоневрологічного інтернату.

посилення захисту права на приватність в установах та закладах, де особи з розумовою відсталістю та психічними розладами перебувають цілодобово (інтернатних установах, психіатричних лікарнях, денних стаціонарах, диспансерах)»⁹⁵.

Стурбованість викликає відсутність поваги до приватності у відвіданих нами інтернатних закладах. Так, будівля Веселокутського інтернату, у якій раніше перебувала школа, є не пристосованою для виконання цих функцій. У кімнатах мешкають від 8 до 10 осіб (фото 2). На першому та другому поверсі кімнати суміжні. Така кількість осіб в одній кімнаті не створює комфортного середовища та умов дотримання приватності. В Іллінському інтернаті в одному із спальних корпусів у кімнаті відсутні меблі, де б підопічні могли б складати особисті речі (фото 3).

Крім того, не доводиться говорити про дотримання приватності й під час гігієнічних процедур через відсутність перегородок у туалетах та ванних кімнатах. Так, в Іллінському інтернатному закладі туалетом одночасно можуть користуватись 4–5 осіб, без дотримання приватності (фото 4). У Веселокутському закладі ванною кімнатою може одночасно користуватись до 10 осіб, що за відсутності перегородок є яскравим свідченням обмеження приватності (фото 5).

Підопічні Іллінського інтернату повідомляють, що можливість помитись надається один раз в тиждень. Ці ж підопічні говорять: «Потрібно просити, щоб відкрили умивальник для здійснення гігієни». Такі повідомлення свідчать про порушення прав підопічних. Більш того, залежність від персоналу у здійсненні особистих, включно із гігієною речей, вкрай насторожує.

Тому, на нашу думку, проект Типового положення про психоневрологічний інтернат слід доповнити наступною нормою: «Підопічні забезпечуються житловою площею з усіма комунально-побутовими зруч-

⁹⁵ Постанова Кабінету Міністрів України від 1.08.2012 № 706 «Про затвердження державної цільової програми «Національний план дій із реалізації Конвенції ООН про права інвалідів на період до 2020 р.» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF>

ностями, які гарантують повагу до приватності».

Гідний рівень життя. З позиції уряду, філософією діяльності психоневрологічних інтернатів є забезпечення соціального захисту. Забезпечуються підопічні, зокрема, раціональним чотирьохразовим харчуванням, у тому числі й дієтичним, з урахуванням віку і стану здоров'я осіб, що проживають в інтернаті, в межах натуральних норм харчування (проміжки часу між прийманням їжі не повинні бути більше ніж чотири години, останнє приймання їжі організовується за дві години до сну). У проекті нового Типового положення ця норма збереглася, єдиним винятком є відсутність регламентації «4-разового харчування».

Після відвідування Іллінського інтернату та беручи до уваги попередні результати візитів до психоневрологічних закладів Дніпропетровської області, у нас виникли аргументовані сумніви стосовно достатньої кількості харчування для підопічних закладу (фото 6, 7). Інтернат замовляє напівфабрикати як послугу із харчування, що дозволено наказом Міністерства соціальної політики, яким визначаються напрями витрачання 75% пенсії (соціальної допомоги) підопічних інтернатних закладів. У вартість, яка мала б включати лише продукти харчування, були внесені витрати, пов'язані з орендою, приготуванням страв та іншими послугами, що спричинило подорожчання приготованих страв та, як наслідок — зменшення їх норм. Для виправлення такого становища необхідним вважається якнайшвидше внесення змін до зазначеного вище наказу.

Нормативними документами психоневрологічного інтернату передбачено, що підопічні забезпечуються «одягом, взуттям, постільною білизною, засобами особистої гігієни, м'яким і твердим інвентарем та столовим посудом». Водночас Типовим положенням передбачено, що «особи, які приймаються до інтернату,... переодягаються в одяг інтернату». З цитованого



Фото 5. Кімната для здійснення гігієнічних процедур у Веселокутському психоневрологічному інтернаті.



Фото 6. Їдальня Іллінського психоневрологічного інтернату.

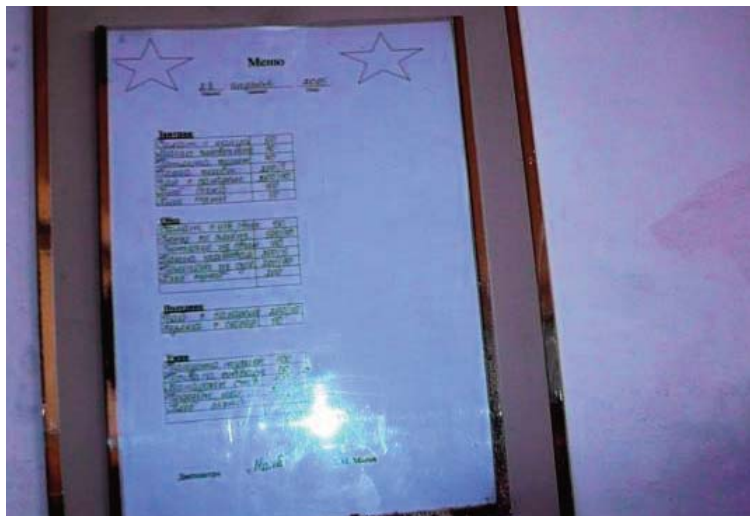


Фото 7. Меню Іллінського психоневрологічного інтернату.

⁹⁶ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0516-12>

можна припустити, що носити власний одяг у закладі є не бажаним. Як наслідок, це може призводити до обмеження приватності особи та її пригнічення. Є сподівання, що нове Типове положення не зобов'язуватиме підопічних носити одяг інтернату.

Підопічним відвідуваних інтернатів не заборонено користуватись телефонами. Більше того, як свідчить опитування персоналу, підопічні можуть користуватись мережею інтернет. Дозволяється приїзд родичів чи близьких підопічних, однак, проблемою Веселокутського інтернату є відсутність кімнати для спілкування з рідними та можливості підопічним усамітнитись.

У закладах створені умови для відпочинку та взаємодії між собою, зокрема, облаштовані кімнати. Як персонал, так і мешканці закладів стверджують, що вдається поєднати інтереси різних вікових груп.

Відрізняються й стосунки між підопічними різних інтернатів. В Іллінському закладі проживають як чоловіки, так і жінки. Персонал закладу стверджує, що не перешкоджає статевому життю підопічних. Більше того, оскільки кімнати дозволяють, деякі підопічні живуть фактично подружжями. Інша ситуація у Веселокутському закладі. Інтернат розрахований виключно на чоловіків. Останнє й визначає умови статевого життя. Персонал закладу зазначає, що проводить роз'яснювальну роботу з підопічними з приводу одностатевих стосунків. Разом з тим, персонал не забороняє підопічним спілкуватись із жінками поза межами інтернату.

Право на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. Отримання реабілітаційних послуг.

Типове положення про психоневрологічний інтернат одним із напрямів передбачає отримання медичної допомоги підопічними, в тому числі, невідкладної. Проте в цьому документі, на жаль, практично не приділено місця наданню реабілітаційних послуг, що призводить до відсутності в інтернатних установах соціальних працівників та реабілітологів. Сьогодні ж серед практично усіх фахівців існує чітке розуміння того, що без наявності реабілітаційного ресурсу інтернат, окрім будинку для проживання, не може становити користі для тих, хто там перебуває. Більше того, відсутність належних реабілітаційних заходів може призвести до втрати особами навичок та орієнтирів. Останнє з часом спричинить тотальну залежність підопічних від персоналу та неможливість для них самостійно приймати рішення.

Крім того, турбує й відсутність взаємодії між Міністерством соціальної політики та Міністерством охорони здоров'я у напрямі надання медичних послуг у межах закладу. У багатьох закладах посади лікарів вакантні. Тенденцією є й відсутність медичного персоналу середньої ланки. Така ситуація може бути викликом для мешканців інтернату, яким у разі загострення захворювання чи різкого погіршення стану здоров'я не буде надана медична допомога. А в ситуації віддаленості закладів від міст, на карету швидкої допомоги доведеться чекати тривалий час.

Однією із найбільш гострих проблем є обізнаність персоналу стосовно прав підопічних. На підставі наданих Міністерством соціальної політики матеріалів не можна простежити проведення будь-якої освітньої роботи щодо забезпечення та дотримання прав мешканців інтернатних закладів. Чимало із виявлених проблем якраз і виникають через необізнаність персоналу із міжнародними стандартами у сфері прав людей із проблемами психічного здоров'я.

Проблеми, виявлені нами під час відвідування закладів, підтверджують актуальність означеної проблеми. Так, у Веселокутському інтернаті відсутній лікар, у медпункті працює лише медична сестра. За словами респондентів «доступу до інших, крім психіатра, лікарів вони не мають». Єдиним терапевтичним заходом, за словами респондентів, є трудотерапія.

Ще гіршою є ситуація із отриманням реабілітаційних послуг мешканцями закладу. Індивідуальні програми реабілітації заповнені з порушеннями. У них відсутні реабілітаційні форми та заходи. В інтернатній установі відсутні посади соціального працівника, реабілітолога.

Про забезпечення репродуктивних прав свідчить фрагмент глибокого інтерв'ю. Зокрема, працівники закладу зазначають, що проводять бесіди із підопічними стосовно шкідливості одностатевих стосунків, бо «це насилля». Крім того, персонал категорично ставиться до відносин підопічних із жінками за межами інтернату: «дівчата не знають як з ними поводитись, підопічні ж хворі, тому не варто допускати народження хворої дитини».

В Іллінському інтернаті наявний медичний персонал — 5 лікарів (лікар-інфекціоніст, лікар-психіатр, терапевт, гінеколог-акушер, стоматолог), середній та молодший персонал. Однак респонденти у відповідь про терапевтичні заходи вказують лише трудотерапію. Останнє може наштовхнути на припущення, що у закладі відсутнє профілактичне лікування. Реагування лікарів відбувається лише на етапі виявлення проблеми. Більше того, як показало опитування підопічних закладу, певні психотропні ліки можуть використовуватись як різновид покарання.

Не кращою в Іллінському інтернаті є ситуація із наданням реабілітаційних послуг. Індивідуальні програми реабілітації заповнені з порушеннями. Відсутні рекомендації стосовно видів та форм реабілітації. За словами персоналу, МСЕК не рекомендує ті види реабілітації, на які немає ресурсів. У закладі відсутні посади соціальних працівників та реабілітологів.

Складною виявилась ситуація із особами, що були переміщені із території проведення антитерористичної операції до Іллінського психоневрологічного інтернату. Медичних карт на них не було передано, наявні лише епікризи медичних захворювань. Із 10 переміщених осіб у двох виявлено тяжку форму туберкульозу. На час спостереження одна особа померла, інша перебувала в лікарні. Той факт, що частина переміщених осіб взагалі не розмовляє, свідчить про недостатній рівень як реабілітаційної, так і терапевтичної роботи.

Що ж до задоволення репродуктивних прав, то персонал зауважує, що не заперечує проти стосунків між підопічними. Акушер проводить просвітницьку роботу із підопічними закладу та пропонує жінкам, за потреби, контрацепцію.

Є сподівання, що ситуація поліпшиться із затвердженням нового Типового положення, одним із напрямів якого передбачено надання реабілітаційних послуг. Однак, вкрай необхідною є підготовка спільного нормативного документу Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я щодо надання підопічним інтернатних закладів медичної допомоги.

Реалізація правоздатності. У попередньому розділі йшлося про неврахування думки особи, визнаної недієздатною або дієздатність якої обмежена, під час зарахування або відрахування з інтернатної установи. Такий стан речей є свідченням тотальної залежності мешканців інтернатів. Процедура переведення до іншої інтернатної установи теж є надто ускладненою. Окрім заяви підопічного, необхідними є дозвіл лікаря, рішення органу соціального захисту населення. Більше того, Типовим положенням не регламентується механізм витрачання 25% коштів підопічного. Викладене наштовхує на думку щодо перешкод під час взаємодії персоналу та підопічних, особливо важкохворих, під час комунікації щодо розпорядження власними фінансовими ресурсами.

У проекті Типового положення передбачена більш прогресивна ситуація. Серед завдань психоневрологічного інтернату вказується, в тому числі, представництво інтересів підопічних. Підопічним серед іншого гарантуватиметься захист прав та представництво інтересів. Характерно, що у проекті типового положення заява підопічного (опікуна чи піклувальника) ініціює переведення до іншого інтернату. Однак для вибуття з інтернату особі, що є дієздатною, слід довести, що їй є, де проживати, а також отримати довідку лікаря про можливість задовольняти свої основні життєві потреби. Позитивним виглядає декларування необхідності обліку витрачених 25% коштів тих підопічних, які є недієздатними або обмежено дієздатними.

Ще одним засобом залучення підопічних до прийняття рішень, що їх стосуються є передбачена проектом діяльність Громадської ради за участі підопічних, яка буде здійснювати вплив на політику установи, зокрема щодо створення умов для поваги до людської гідності та участі підопічних у прийнятті рішень. Залишається лише сподіватись, що родичам підопічних та неурядовим організаціям, залученим до створення ради, вдасться наповнити цю інституцію реальними повноваженнями, а не «фасадним» виявом декларування персоналом залучення підопічних до прийняття рішень.

Міністерство соціальної політики повідомляє, що за результатами здійсненої структурними підрозділами у сфері соціального захисту місцевих адміністрацій перевірки дотримання прав підопічних, опіку та піклування над якими здійснює заклад, порушень прав людини не виявлено.

В останньому, на жаль, доводиться сумніватись, оскільки навіть аналіз документів відвіданих інтернатних закладів говорить про зворотне. Так, у рішеннях суду про визнання особи недієздатною над цією особою не встановлювалась державна опіка. В інших випадках опікунство покладалось на директора інтернату, наслідком чого є конфлікт інтересів, що у свою чергу може призвести до порушення прав підопічного.

Кількість недієздатних підопічних Іллінського психоневрологічного інтернату становить 46 осіб (загальна кількість підопічних – 280), з них 8 осіб – під опікою установи. У 38 підопічних опікунами є фізичні особи. Про становище осіб із проблемами психічного здоров'я свідчить опитування персоналу закладу: «Приходять підопічні вже без майна чи коштів, частково опікуни їм допомагають матеріально, але є два опікуни, які зовсім не з'являються, є опікуни, які приїжджають щотижня. Проблемою залишається й неможливість дієздатних підопічних, фізичний стан здоров'я яких є складним (практично не рухаються), розпоряджатися власними фінансовими ресурсами, зокрема, отримувати і витратити 25% державної допомоги по інвалідності».

У Веселокутському інтернаті нараховується 41 підопічний, визнаний недієздатним (31,5%), з них 18 осіб – мають опікунів-фізичних осіб (з числа переселених з Попасної – 3 особи). Персонал закладу стверджує, що зловживання з боку опікунів практично відсутні. Якщо підопічний віддає гроші опікуну, то той, у свою чергу, привозить підопічному одяг, предмети особистого вжитку, їжу. Упроваджено процедуру витрачання 25% коштів державної допомоги по інвалідності 23 недієздатних осіб, опіку над якими здійснює заклад: створено цільову комісію у складі шести осіб, у тому числі – депутат Ново-Єгорівської сільради, на території якої знаходиться ПНІ. Відповідно до записів спеціального журналу обліку запитів і побажань, підопічні разом із супроводжуваними їх працівниками визначають речі для придбання і роблять покупки.

Самі ж підопічні обох відвіданих закладів досить скептично висловлюються стосовно своєї участі у прийнятті рішень, що їх стосуються. За їх словами, вони не мають можливості обирати собі лікаря, обирати собі страви, обирати час прийому їжі, а можуть обирати собі лише час здійснення особистої гігієни, час підйому та вечірнього сну». Водночас, якщо у Веселокутському інтернаті дотримуються таємниці листування, то в Іллінському персонал читає листи підопічних. Разом з тим, у Веселокутському інтернаті неможливо без свідків спілкуватись із близькими.

Відмінною є й ситуація, пов'язана із можливістю підопічних ознайомлюватись із матеріалами своєї особової справи (медичними матеріалами). Якщо у Веселокутському інтернаті це дозволено, то в Іллінському інтернаті мешканці закладу такої змоги не мають.

Свобода від катувань, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність поводження чи покарання. Наразі відсутність взаємодії із Міністерством охорони здоров'я ставить під сумнів ефективне використання персоналом інтернатних закладів терапевтичних засобів, медикаментів, а особливо заходів із ізоляції та (або) фізичного обмеження підопічних у стані загострення. На ці факти неодноразово вказувала Уповноважений Верховної Ради з прав людини, неурядові організації. Під час відвідання Іллінського інтернату нами були виявлені приміщення, де ізолюють окрему групу підопічних. Крім того, за словами підопічних, у закладі використовується такий захід, як прив'язування до ліжка.

Водночас, підопічні по-різному оцінюють ставлення персоналу до них. Так, якщо частина мешканців Веселокутського закладу звертає увагу на зверхнє ставлення до них з боку персоналу, то інші мешканці такого не відзначають. В Іллінському інтернаті, за словами підопічних, персонал веде себе стримано.

Своєрідним є захист персоналом Іллінського психоневрологічного інтернату підопічного, який піддався нарузі з боку інших підопічних. «Коли відбувається бійка між підопічними, персонал її розбороняє. Ініціатору роблять укол, і той спить два дні. Якщо поскаржитись персоналу, що когось образив підопічний, йому (підопічному) теж роблять укол, від якого він спить два дні». Подані витяги із опитування підопічних закладу дозволяють зробити припущення про свавільне використання психотропних засобів.

Моніторами негативно була сприйнята практика в Іллінському інтернаті щодо обмеження можливостей підопічних вільно рухатись територією. Для пацієнтів «гострого відділення» є свій прогулянковий двірник, який оточують ґрати 4 метри заввишки. Необхідно підкреслити, що така ситуація не лише не

сприяє відновленню або пом'якшенню стану здоров'я, але є близькою до катувань (фото 8).

На жаль, залишає бажати кращого реагування фахівців Міністерства соціальної політики на звернення підопічних інтернатних закладів. Згідно із наданою інформацією у 2014 р. до Мінсоцполітики надійшло 23 звернення. Найбільша кількість звернень стосувалась:

- зловживання з боку адміністрації закладів (16 звернень);
- неналежних умов утримання підопічних інтернату, зокрема, щодо відповідної кількості продуктів харчування (5 звернень);
- неналежного рівня отримання медичної допомоги (5 звернень);
- прохання про переведення до іншого закладу (2 звернення).

Характерним є те, що стосовно 2 останніх звернень, які надійшли із Дніпропетровської області, Міністерство не зафіксувало факти порушень та відмовило у переведенні до іншого закладу на підставі відсутності місць.

Серед опитаних мешканців Іллінського інтернату не виявилось жодного, хто оскаржував дії персоналу за межі закладу. Найвища інстанція, куди підопічні звертаються – директор закладу: «Якщо ми скаржимося на санітарку, їй роблять виговор». Підопічні Веселокутського інтернату теж не оскаржували дії персоналу за межі закладу: «Директор зробить суворе зауваження тому, хто нас ображає». Загалом, підопічні обох відвідуваних закладів повідомляють, що нічого не знають про свої права: «Ніхто й ніколи нам про це не розповідав».

З урахуванням викладених фактів Міністерству соціальної політики слід невідкладно забезпечити навчання персоналу міжнародним стандартам прав людини. Крім того, за участю неурядових організацій необхідним є розроблення та впровадження програм із просвіти підопічних інтернатних закладів щодо їх прав.

Право на самостійний спосіб життя. Послуги на рівні громади. З жалем доводиться констатувати, що у нормативних документах, що регулюють діяльність психоневрологічних інтернатів, не регламентовано отримання підопічними послуг на рівні громади. Єдине, що спонукає до позитиву – норма, закладена до проекту Типового положення, згідно із якою підопічні можуть перебувати за межами закладу у рідних до шести місяців.

Водночас, є й проблеми із практичною можливістю реалізації цього права. Так, підопічним Веселокутського психоневрологічного інтернату без супроводу взагалі заборонено виходити за межі інтернату.



Фото 8. Прогулянковий дворик для підопічних гострого відділення Іллінського психоневрологічного інтернату.



Фото 9. Прогулянковий дворик у Веселокутському психоневрологічному інтернаті.

За словами директора, таку «рекомендацію» надала їм прокуратура. Разом з тим, персонал повідомляє про організацію заходів культурного спрямування на рівні громади.

Підопічним Іллінського інтернату виходити за межі закладу не заборонено. За словами мешканців, персонал не перешкоджає їм у цьому.

Проблемою є й незнання персоналом практик підтриманого проживання. Вони є достатньо скептичними у можливості його реалізації в Україні.

Фундаментальною перешкодою у реалізації права на отримання послуг на рівні громади є відсутність в інтернатних закладах відповідної роботи із підопічними. Утримання на відміну від відновлення є основною характеристикою діяльності закладів. Підтверджується це твердження думкою частини опитаних підопічних:

Інтерв'юєр: — Чи знаєте ви, чому тут знаходитесь?

Респонденти: — Так. Тому що ми хворі.

Інтерв'юєр: — Скільки часу Вам доведеться провести в установі?

Респонденти (частина): — Все життя.

Реалізація права на зайнятість чи примусова праця? Нашу стурбованість викликає відсутність регламентування праці підопічних та справедливої винагороди за неї у відвідуваних закладах. Як у Веселокутському, так і в Іллінському психоневрологічному інтернатах підопічні працюють на користь закладу. За їх словами, до праці не змушують, однак, і не пропонують за неї справедливую винагороду. Персонал закладів, натомість, зазначає, що робота на користь закладів підопічними проводиться у межах трудової терапії. Відсутність рекомендацій щодо трудової реабілітації в індивідуальних програмах підопічних та медичних особових картах підопічних викликає сумнів у належній правовій обґрунтованості праці підопічних на користь інтернату.

Деяко по-іншому прокоментували ситуацію із зайнятістю переміщені особи із Попаснянського психоневрологічного інтернату. «У нашому інтернаті ми працювали за його межами». На запитання, чи отримували вони за це справедливу винагороду, респонденти відповіли: «Так. Наші 25%».

Моніторингові візити до психоневрологічних закладів Міністерства соціальної політики. Перелік виявлених моніторами проблем доводить, що моніторингові візити найбільшою мірою фокусувалися довкола матеріального забезпечення та харчування підопічних, стану будівель, обладнання, оскільки відповідні зауваження зазначено за результатами більшості візитів. Відтак, у центрі уваги моніторів були права підопічних на достатній життєвий рівень та соціальний захист. Такий підхід до завдань моніторингових візитів повністю відповідає нормам чинного положення про ПНІ, де функції та завдання діяльності названих інтернатних установ спрямовано на забезпечення фізіологічних потреб та медичне обслуговування підопічних.

Систематично виявлялися проблеми кадрового забезпечення: незаповнених вакансій молодшого медичного персоналу. Декілька зауважень стосуються відсутності лікарів при наявності відповідної вакансії, що створювало перешкоди у забезпеченні права підопічних на охорону здоров'я. За результатами двох візитів виявлено неналежне виконання персоналом, включно з керівним складом, своїх обов'язків. За результатами вжито жорстких заходів – ініційовано процедуру звільнення директорів та накладено адміністративні санкції.

Частина зауважень стосується наявності та виконання індивідуальних програм реабілітації (результати 9 візитів із 32): трапляються випадки відсутності ІПР, їх неналежного оформлення або відсутності матеріально-технічних умов для виконання.

Певна частина зауважень стосується неналежного стану архітектурної доступності приміщень – відсутності пандусів на входах та поручнів у ванних кімнатах чи душових.

Одна рекомендація стосувалася роботи громадської ради ПНІ – неналежному функціонуванню механізму урахування думки осіб з інвалідністю у ході прийняття рішень, що їх стосуються.

Одне зауваження стосувалося відсутності перегородок у приміщеннях лазні та туалету, тобто, порушенню приватності. Необхідність реалізації права на приватність спонукала моніторів до висловлення

рекомендацій в окремих видах стосовно придбання тумбочок, полиць, інших місць для зберігання особистих речей підопічних та наведення серед них порядку.

Одне зауваження стосувалося необхідності внесення до посадових обов'язків норм щодо порядку дій персоналу у випадку надзвичайних ситуацій.

Зауваження стосовно відсутності актової зали прямо пов'язано із реалізацією права на участь у культурному житті, проведенні дозвілля й відпочинку та заняттях спортом.

Крім іншого, моніторами було виявлені проблеми щодо забезпечення послуг ПНІ, які не гарантовані чинною нормативно-правовою базою – наприклад, одне із зауважень стосувалося умов для надання заняттєвої терапії (чинна нормативно-правова база регламентує лише надання трудотерапії у разі відповідної рекомендації за індивідуальною програмою реабілітації). В іншому зауваженні рекомендації стосувалися трудової терапії (хоча державною типовою програмою реабілітації передбачено можливість забезпечення трудової реабілітації (працевлаштування на відкритому ринку праці, яке не є можливим для підопічних ПНІ), а для позначення щоденної трудової зайнятості у майстернях чи підсобному господарстві інтернатної установи нормативний акт використовує термін «працетерапія».

Особливої уваги заслуговує висновок за результатами візиту до Червонооскільського ПНІ: порушень не виявлено, рекомендовано поширювати позитивний досвід. Такий позитивний підхід моніторів дозволяє припускати доцільність проведення супервізій на замовлення адміністрацій чи трудових колективів інтернатів, які могли б бути або загальними і стосуватись діяльності установи у порівнянні із затвердженим типовим положенням чи затвердженими державними стандартами соціальних послуг, надання яких входить до завдань інтернатних установ.

З точки зору прав підопічних, позитивною характеристикою усіх моніторингових візитів був той факт, що сферою уваги моніторів було не лише матеріально-технічне забезпечення діяльності закладів, але і стан дотримання окремих прав людини. Однак предмет моніторингу у такому разі виходив за рамки діяльності психоневрологічних інтернатів, регламентованих Типовим положенням, а також типовими штатами. Наприклад, серед персоналу бракує спеціалістів для виконання індивідуальних програм реабілітації: соціального працівника (реабілітаційна послуга «навчання основним соціальним навичкам»), фізінструктора (для забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації), фізичного реабілітолога (для забезпечення фізичної реабілітації), психолога (для проведення психологічної реабілітації). Зазначена ситуація спричиняє порушення не лише прав підопічних на реабілітацію, але також і прав працівників, оскільки вимоги до них перевищують передбачені посадовими обов'язками функції.

Підсумовуючи викладене, ми маємо констатувати, що система психоневрологічних інтернатів, у тому вигляді, в якому вона зараз існує, є серйозною загрозою фундаментальним правам її клієнтів. Питання не лише у відсутності коштів чи браку фахівців. Ставлення до людей, що мешкають в інтернатах виключно як до «хворих», в останніх викликає почуття приреченості.

Проведена громадська експертиза діяльності Міністерства соціальної політики України та відвідання двох психоневрологічних інтернатів дозволяє стверджувати:

- Пріоритет прав людини не є визначальним у діяльності психоневрологічних інтернатів та у регламентуванні такої діяльності Міністерством соціальної політики. Кількарічний період розроблення проекту Типового положення про психоневрологічний інтернат спонукає припустити, що проблема дотримання прав людини не набула достатньої актуальності для міністерства.

- Не підтверджено декларовані наміри виконувати міжнародні зобов'язання за Конвенцією ООН про права інвалідів щодо сприяння потенційним підопічним психоневрологічних інтернатів у виборі нарівні з іншими людьми свого місця проживання й того, де й з ким проживати, щоб вони не були зобов'язані проживати в якихось визначених житлових умовах в умовах ізоляції і сегрегації. Не розроблено та не подано в установленому порядку Кабінетові Міністрів України в 2012 р. проекту постанови стосовно забезпечення організаційно-правових умов захисту повнолітніх недієздатних осіб та осіб, дієздатність яких обмежена, передбачивши механізм надання їм допомоги за місцем проживання і переліку соціальних послуг, що надаються особам, нездатним до самообслуговування, у відповідності до пунктів 1 і 3 розділу VIII Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права

інвалідів» на період до 2020 р., що могли б передбачити альтернативу політиці інституціалізації осіб з інвалідністю, котрі потребують значного обсягу стороннього догляду.

- Чинне Типове положення про психоневрологічний інтернат (так само, як і проект нового положення) передбачає можливість системного порушення права на вибір місця проживання та включення до місцевої спільноти, адже у разі потреби у стаціонарному догляді особа з інвалідністю неминуче підлягає сегрегації, якій сприяють процедури, розроблені Мінсоцполітики.

- Міністерство соціальної політики та персонал психоневрологічних інтернатів не є зобов'язаним надавати інформацію підопічним інтернатних закладів щодо реалізації прав людини. Більше того, персонал закладів не зобов'язаний проходити навчання стандартам прав людини.

- Недостатня кількість персоналу медичного напрямку створює значні виклики дотриманню права на задоволення найвищим рівнем фізичного та психічного здоров'я.

- Формальне нерегламентування та фактична відсутність персоналу, який відповідав би за реабілітаційний напрям спричиняє ще більшу деградацію особистості підопічного, а відсутність відновлювальних програм перекреслює його потенційні можливості повернутись до громади.

- Нерегламентоване використання заходів ізоляції та (чи) фізичного обмеження підопічних, застосування психотропних препаратів у якості покарання, праця підопічних без справедливої винагороди залишаються поза системної оцінки та вжиття відповідних заходів органами влади.

Рекомендації

1. Невідкладно розпочати проведення експерименту із запровадження послуги з представництва інтересів і відстоювання прав інвалідів з розумовою відсталістю та психічними розладами, передбаченого «Національним планом дій із реалізації Конвенції ООН про права інвалідів на період до 2020 р.».
2. Невідкладно затвердити та внести на розгляд Верховної Ради України проект закону України щодо реформування сфери опіки та піклування над повнолітніми особами, визнаними недієздатними або особами, дієздатність яких обмежена.
3. Розробити та затвердити Стратегію запровадження механізму підтриманого прийняття рішень для осіб із проблемами психічного здоров'я, у якій, зокрема, але не виключно передбачити: розроблення стандарту надання інформації особі із проблемами психічного здоров'я; на підставі експерименту запровадити послугу із представництва інтересів осіб із інтелектуальною та психосоціальною формою інвалідності.
4. Внести зміни до цивільного законодавства України щодо механізму підтриманого прийняття рішення особами, що не усвідомлюють значення своїх дій та здатність керувати ними.
5. Внести зміни до Цивільного та сімейного законодавства передбачивши можливість укладення шлюбу особою, визнаною недієздатною, за погодженням із опікуном.
6. З метою забезпечення доступу до правосуддя осіб-користувачів психіатричної допомоги, використовувати режим відеоконференцій та облаштовувати кімнати для проведення виїзних судових засідань у психіатричних / психоневрологічних лікарнях при розгляді справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру.
7. Забезпечити спеціалізацію (або черговість) постійних суддів, які б розглядали питання госпіталізації, надання психіатричної допомоги та відповідали б за здійснення судового нагляду щодо дотримання прав осіб, госпіталізованих до психіатричної лікарні у примусовому порядку.
8. Внести зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу» узгодивши критерії госпіталізації у примусовому порядку особи із Рекомендаціями Комітету міністрів Ради Європи 2004(10).
9. Внести доповнення до стратегічних документів із реформування системи охорони здоров'я, передбачивши поступовий перехід сфери психіатричної допомоги на рівень місця проживання та отримання таких послуг у медичних закладах загального профілю, соціальних та реабілітаційних установах. З цією метою внести зміни до Основ законодавства України у сфері охорони здоров'я, Про психіатричну допомогу. Заходами стратегії передбачити: при державному забезпеченні медичних препаратів керуватись виключно індивідуальною потребою користувача психіатричної допомоги; форми терапевтичного втручання повинні бути спрямовані на Індивідуальні плани відновлення та включати комбіновані заходи..
10. Невідкладно розробити та подати в установленому порядку Кабінетові Міністрів України проект постанови стосовно забезпечення організаційно-правових умов захисту повнолітніх недієздатних осіб та осіб, дієздатність яких обмежена, передбачивши механізм надання їм допомоги за місцем проживання і перелік соціальних послуг, що надаються особам, нездатним до самообслуговування у відповідності із «Національним планом дій із реалізації конвенції ООН про права інвалідів на період до 2020 р.».
11. Розробити та затвердити стратегію щодо самостійного проживання та отримання послуг на рівні громади особами із інтелектуальною та психосоціальною формою інвалідності, у якій, зокрема, передбачити: відмову від відкриття нових психоневрологічних інтернатів; перепрофілювання існуючих психоневрологічних інтернатів на заклади, основною метою яких є реабілітація осіб із психосоціальною та інтелектуальною формою інвалідності та підготовка таких осіб до самостійного проживання; у розумні строки забезпечити асистування та інші види підтримки для самостійного проживання особи із психосоціальною та інтелектуальною формою інвалідності; забезпечити розумне пристосування для отримання послуг на рівні громади.
12. Внести зміни до Закону України «Про безоплатну правову допомогу» щодо визначення порядку надання інвалідам з розумовою відсталістю інформації про зміст та хід судової справи в доступному

форматі, а також персональної допомоги для їх участі в судових засіданнях, передбачених «Національним планом дій із реалізації Конвенції ООН про права інвалідів на період до 2020 р.».

13. Внести зміни до Цивільного законодавства України, які б обмежували процедуру примусового направлення на судово-психіатричну експертизу консультативним оглядом незалежного лікаря-психіатра.

14. Внести зміни до цивільного процесуального кодексу України щодо винесення рішення суду про примусову госпіталізацію та надання особі психіатричної допомоги.

15. Внести зміни до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про психіатричну допомогу» додавши положення такого змісту: «Згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта визнаного у законному порядку недієздатним, згода надається ним особисто, за винятком випадків, коли пацієнт перебуває у гострому стані, така згода надається його законним представником та підтверджується судом.

16. Міністерству охорони здоров'я затвердити Правила застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції у відповідності із статтею 8 Закону України «Про психіатричну допомогу».

17. Внести зміни до статті 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо винятків передачі конфіденційної інформації без згоди особи: «Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для: 2) провадження досудового розслідування на підставі пред'явлення особі підозри чи звинувачення у вчиненні злочину або за рішенням суду».

18. Узгодити типові положення про психоневрологічний інтернат із державними зобов'язаннями за Конвенцією ООН про права інвалідів, регламентувавши забезпечення:

18.1. недискримінації, розумного пристосування – вказавши на забезпечення підопічних усіма необхідними для них видами допомоги, зокрема, реабілітаційних послуг та тих соціальних послуг, доступ до яких наразі відсутній (представництво інтересів, соціальна адаптація, кризове втручання, підтримане проживання);

18.2. участі у прийнятті рішень – завдяки регламентації процедури вивчення та врахування думки підопічних у ході організації їхньої життєдіяльності, а також надання підопічним тематичного навчання у рамках реабілітаційної послуги «навчання основним соціальним навичкам», уведення до штатних нормативів психоневрологічних інтернатів посад фахівців, які мають компетенції надавати зазначену послугу, а саме, психолога та соціального працівника;

18.3. права на вибір місця проживання – шляхом уведення зобов'язань для органів місцевого самоврядування забезпечувати надання послуг із догляду вдома та підтриманого проживання для осіб, які відповідають критеріям спрямування до психоневрологічних інтернатів, але мають власне житло;

18.4. права на повагу до сім'ї – шляхом регламентування можливості створювати сім'ї або підтримувати нормальні для даної культури статевої стосунки;

18.5. збереження цілісності особистості та приватність – шляхом нормування забезпечення місць для усамітнення підопічних (наприклад, відгородження спального місця ширмою, перегородкою тощо), проведення санітарно-гігієнічних процедур без присутності сторонніх, умов для зберігання особистих речей, допомоги у догляді за особистими речами, допомоги у здійсненні контактів із родичами та близькими, забезпечення релігійних обрядів та участі у культурних заходах;

18.6. права на працю та зайнятість – шляхом нормування створення умов для здійснення працетерапії підопічних у рамках виконання їхніх індивідуальних програм реабілітації (уведення необхідної кількості посад трудінструкторів - у відповідності до нормування відповідних ставок для реабілітаційних установ, а також передбачивши необхідність створення при психоневрологічних інтернатах майстерень із типовим переліком обладнання для них);

18.7. реабілітації – шляхом нормування кадрового та матеріального забезпечення умов для виконання індивідуальних програм реабілітації підопічних, уведення з цієї метою до типових штатів психоневрологічних інтернатів посад реабілітолога, інструктора лікувальної фізкультури, спортінструктора.

19. Передбачити в структурі психоневрологічних інтернатів можливість створення таких відділень: підтриманого проживання, тимчасового/транзитного проживання, денного догляду, хоспісного догляду.

20. Затвердити спільний нормативний акт Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України щодо надання медичної допомоги підопічним психоневрологічних інтернатів, зокрема, забезпечення закладів відповідним медичним персоналом (лікарі, середній та молодший медичний персонал), заходів із відновлювальної терапії, регламентування використання лікарських засобів..

21. Невідкладно унормувати діяльність Громадських/піклувальних рад при інтернатних установах, зокрема психоневрологічних інтернатах, затвердивши наказом Міністра типові положення про її діяльність.

22. Розробити Порядок обліку, зберігання та контролю за витрачанням частини пенсій недієздатних підопічних (25%), функцію опікуна над якими здійснює заклад.

23. Розширити категорії осіб, які мають право на обслуговування у межах психоневрологічного інтернату особами із третьою групою інвалідності за наслідками психічних порушень, які не мають рідних та втратили соціальні зв'язки та особами із психічними розладами перед пенсійного віку, які втратили власність.

24. Внести зміни до Наказу Міністерства соціальної політики від 20.03.2012 № 150, із змінами внесеними Наказом від 19.03.2013 № 129, перенісши «послуги із харчування» до пункту «послуги».

25. Забезпечити проходження психоневрологічними інтернатами ліцензування на придбання та зберігання психотропних препаратів та нейролептиків. Здійснювати придбання зазначених засобів за кошти державного бюджету.

26. Регіональним структурним підрозділам соціального захисту населення вжити заходів щодо ліквідації обмежувальних засобів (грат, кліток, інше) у психоневрологічних інтернатах.

27. Генеральній прокуратурі України провезти моніторинг та вжити заходів щодо унеможливлення використання обмежувальних засобів (грат, кліток) у психоневрологічних інтернатах.

28. Затвердити та забезпечити фінансування програм із реабілітації та санаторно-курортного лікування осіб-користувачів психіатричної допомоги.

29. Внести до атестаційних вимог для фахівців психіатричних закладів, психоневрологічних інтернатів питання пов'язані із впровадженням міжнародних стандартів у сфері прав користувачів психіатричної допомоги.

30. Ввезти до типових штатів психіатричних закладів, психоневрологічних інтернатів посади соціального працівника у сфері психічного здоров'я.

Наукове видання

**«Права осіб із проблемами психічного здоров'я:
відповідність національного законодавства
міжнародним стандартам.
Контекст отримання прав людини у
психоневрологічних інтернатах»**

Комп'ютерний дизайн і верстка *І. В. Котлінська*

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 4,65. Тираж 100 прим. Зам. № 236.

ТОВ "Комп'ютерно-видавничий, інформаційний центр" (КВІЦ)
вул. Фрунзе 19-21, м. Київ, 04080, тел.: (044) 417- 21-72, 417-53-70
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №461 від 23.05.2001.