

Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения (часть вторая)¹

ЦЫМБАЛ Е.И.

к.м.н., с.н.с. НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ,
советник юстиции

Главной юридически значимой особенностью психических расстройств и наркологической патологии является нарушение способности к осознанной регуляции поведения. В связи с этим для правового регулирования оказания наркологической помощи целесообразно использовать Закон о психиатрической помощи, а не разрабатывать специальный федеральный закон. Для распространения на наркологическую патологию Закона о психиатрической помощи в него необходимо внести существенные изменения и дополнения. Первая группа изменений и дополнений должна распространить на персонал наркологических учреждений правовой статус персонала психиатрических учреждений; придать наркологическим лечебно-профилактическим учреждениям, включая стационары, правовой статус психиатрических учреждений. Вторая, группа изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи необходима для того, чтобы учесть специфические особенности наркологической патологии.

Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи

Относительно нормативно-правовой регламентации оказания наркологической помощи существуют три точки зрения:

для оказания наркологической помощи достаточно действующего законодательства, ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Основы законодательства о здравоохранении создают необходимую нормативную базу;

оказание наркологической помощи должно осуществляться на основании Закона о психиатрической помощи после внесения в него соответствующих изменений и дополнений;

для оказания наркологической помощи должен быть разработан самостоятельный Федеральный закон.

Представленный выше анализ ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» свидетельствует о наличии в главах VI и VII этого Закона столь существенных недостатков, которые исключают возможность использования его на практике. Основы законодательства о здравоохранении не учитывают специфику наркологической патологии. Следовательно, проблема правовой регламентации оказания наркологической помощи сводится к выбору между внесением изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи и разработкой самостоятельного закона, например, закона о медико-социальной помощи и реабилитации наркологических больных.

Решение указанного вопроса осложняется тем, что Закон о психиатрической помощи не дает четкого определения понятия «психическое расстройство». Из преамбулы и ч.1 ст.1 этого Закона следует, что психическим расстройством является такое нарушение психического здоровья, вследствие которого «может измениться отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку». В ч. 1 ст. 10 Закона о психиатрической помощи установлено, что «диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами». Такими стандартами следует считать критерии, включенные в

Международную классификацию болезней (МКБ). С 1998 г. в Российской Федерации действуют положения 10-го пересмотра (МКБ-10), в которой имеется специальный раздел «Психические расстройства и расстройства поведения», адаптированный с учетом традиций отечественной психиатрии. В класс V (F) «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 включен раздел F1 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ», который охватывает все формы наркологической патологии от неосложненной острой интоксикации и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) без явлений зависимости до тяжелой зависимости, психотических нарушений и деменции. Отмеченное обстоятельство дает основание отнести наркологические заболевания к психическим расстройствам. Коль скоро наркологическая патология относится к психическим расстройствам, то согласно ч. 2 ст. 1 и ч. 1 ст. 3 Закона о психиатрической помощи наркологические больные являются лицами, страдающими психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, регламентируемая указанным Законом.

В пользу применения для регламентации оказания наркологической помощи норм Закона о психиатрической помощи можно привести следующие аргументы. Алкоголизм, наркомания и токсикомания меняют отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку, что согласно преамбуле указанного Закона является главной особенностью психических расстройств. В основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности — неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки.

Использование норм Закона о психиатрической помощи позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для добровольного и недобровольного освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации, соответству-

¹ Начало публикации см. Наркология. — 2005. — №5.

ющие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Основанием для недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации потребителей ПАВ, по-нашему мнению, может быть непосредственная опасность для себя или окружающих. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в ее содержании будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода лечения в форму социальной изоляции потребителей ПАВ обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

В.Е. Пелипас и И.О. Соломоницина² отмечают еще ряд оснований для распространения норм Закона о психиатрической помощи на наркологическую патологию:

неразрывная связь психиатрии и наркологии (выделение наркологической службы из психиатрии в 1976 г. преследовало цель создания приоритетного развития наркологии в условиях роста заболеваемости алкоголизмом);

подготовка психиатров-наркологов ведется на основе базовых знаний по психиатрии;

наркологические заболевания, также как и психические расстройства, носят системный, хронический, прогрессирующий характер, их исходом может быть тяжелая инвалидизирующая психическая патология (деменция).

С.Н. Шишков справедливо полагает, что необходимость и целесообразность закрепления в законе особенностей оказания медицинской помощи обусловлены наличием юридически значимых особенностей у этого заболевания или группы заболеваний³. В связи с этим определим юридически значимые особенности психических расстройств и наркологической патологии. Спецификой психических расстройств С.Н. Шишков считает вызываемое указанными заболеваниями нарушение способности больного «адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками». Это является основанием для законодательного закрепления возможности недобровольного медицинского вмешательства. Еще одной юридически значимой особенностью всех психических расстройств, включая наркологическую патологию, является отнесение их к социально значимым заболеваниям (Перечень социально значимых заболеваний утвержден Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715). Согласно ст. 41 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь, и они бесплатно или на льготных условиях обеспечиваются диспансерным наблюдением в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

Закон о психиатрической помощи выделяет следующие особенности диспансерного наблюдения:

оно устанавливается в случае хронического, затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими

или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27);

диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания ему необходимой медицинской и социальной помощи (ч. 3 ст. 26);

для лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, установлен упрощенный порядок недобровольного психиатрического освидетельствования (ч. 1 ст. 24).

Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом определяется ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»:

диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия больных или их законных представителей (п. 2 ст. 9);

лицам, находящимся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, установлены дополнительные меры социальной поддержки, например, обеспечение бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях (п. 4 ст. 14) и предоставление вне очереди отдельных жилых помещений больным заразными формами туберкулеза (п. 5 ст. 14);

лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, обязаны проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия; выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций во время нахождения в таких организациях; выполнять санитарно-гигиенические правила, установленные для больных туберкулезом, в общественных местах (ст. 13);

больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования или лечения туберкулеза, на основании решения суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации в недобровольном порядке (п. 2 ст. 10).

Действующее законодательство устанавливает для находящихся на диспансерном наблюдении больных туберкулезом более жесткие правоограничения, чем для психически больных, за которыми установлено такое же наблюдение. Так, в случае диспансерного наблюдения на больных туберкулезом возлагается выполнение определенных обязанностей. По Закону о психиатрической помощи основаниями для недобровольной госпитализации являются наличие у больного тяжелого психического расстройства и возможность проведения обследования или лечения больного только в стационарных условиях (ст. 29). В случае психических расстройств законодатель, устанавливая основания для недобровольного медицинского вмешательства, учитывает тяжесть психической патологии, ограничивающей возможность осознанного волеизъявления, и приоритет интересов больного.

При туберкулезе основаниями для недобровольной госпитализации являются наличие заразных формами туберкулеза, неоднократное нарушение санитарно-противоэпидемического режима и умышленное уклонение от обследования или лечения туберкулеза. Таким образом, законодатель при применении недобровольного медицинского вмешательства в отношении больных туберкулезом исходит из необходимости предотвратить распро-

² Пелипас В.Е., Соломоницина И.О. Права лиц с зависимостью от психоактивных веществ // Права человека и психиатрия в Российской Федерации: Доклад по результатам мониторинга и тематические статьи. — М., 2004. — С. 204–217.

³ Шишков С.Н. Российский закон о психиатрической помощи и проблемы наркологии // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 214–224.

странение заболевания, т. е. из приоритета интересов здоровых лиц. Принудительная госпитализация осуществляется в отношении лиц, сохранивших способность к осознанной регуляции поведения, но вследствие своего асоциального поведения создающих опасность для окружающих. Тем самым недобровольное медицинское вмешательство выступает в качестве альтернативы иным формам государственного принуждения (административной или уголовной ответственности). Представляется, что не отказ от привлечения больных туберкулезом в случае асоциального поведения к административной или уголовной ответственности, а помещение их по решению суда в специализированный стационар для недобровольного лечения больше соответствует интересам самих больных и общества в целом. Такой подход представляется целесообразным и в отношении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» был принят через девять лет после Закона о психиатрической помощи. Для него характерно сбалансированное отношение к защите прав меньшинства (больных) и большинства (здоровых), основанное на положении ч. 3 ст. 17 Конституции Российской Федерации, что «осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц». Принятый в первые годы демократических преобразований Закон о психиатрической помощи исходил из приоритета интересов душевно больных, что затрудняет здоровым лицам защиту своих прав в случае конфликта с психически больными, особенно, если больной не наблюдается у психиатра.

Как уже отмечалось выше, наркологическая патология отнесена к социально значимым заболеваниям, эти больные, как и лица с психическими расстройствами, имеют право на медико-социальную помощь, должны бесплатно или на льготных условиях обеспечиваться диспансерным наблюдением в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях. Сходство юридически значимых особенностей психических расстройств и зависимости от ПАВ определяется еще и тем, что синдром зависимости нарушает способность больного адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками. Так, в адаптированном варианте Класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10, предназначенном для обязательного использования в учреждениях, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь в Российской Федерации,⁴ отмечены следующие диагностические характеристики синдрома зависимости:

трудно преодолимая тяга к приему ПАВ, которая наиболее отчетливо проявляется при абстинентном синдроме и обуславливает безуспешность попыток прекратить или уменьшить прием ПАВ;

снижение способности контролировать прием ПАВ, продолжение приема ПАВ вопреки явным вредным последствиям;

поглощенность употреблением ПАВ, которая проявляется в отказе ради приема ПАВ от иных интересов и альтернативных наслаждений.

С.Н. Шишков полагает, что нормы Закона о психиатрической помощи в «части добровольных психиатриче-

ских мер распространяются на лиц с наркологическими заболеваниями без изъятий», а недобровольная психиатрическая помощь этим больным может оказываться лишь в тех случаях, когда наркологическая патология достигает выраженности «тяжелого психического расстройства, лишаящего больного способности к осознанно-волевой регуляции своего поведения»⁵. По мнению С.Н. Шишкова, это означает, что недобровольное психиатрическое вмешательство в отношении наркологических больных возможно только в случае психотических расстройств или деменции.

Представляется, что такая позиция игнорирует основную, ядерную симптоматику синдрома зависимости, который сам по себе существенно ограничивает способность больного осознанно руководить своим поведением. Анозогнозия, характерная для зависимости от ПАВ, лишает больного способности адекватно оценивать тяжесть заболевания, необходимость оказания ему наркологической помощи. Кроме того, эта точка зрения не основана на требованиях Закона о психиатрической помощи и отражает традиционную ориентацию судебных психиатров на тяжелое психическое расстройство. Действительно, недобровольное психиатрическое освидетельствование может быть проведено в тех случаях, когда есть основание полагать наличие у лица тяжелого психического расстройства (ч. 4 ст. 23). Тяжелое психическое расстройство также является условием недобровольно госпитализации в психиатрический стационар до постановления судьи (ст. 29). Однако Закон о психиатрической помощи и иные нормативные правовые акты не дают легального или официального определения понятия «тяжелое психическое расстройство». Это придает прилагательному «тяжелое» сугубо оценочный характер и не позволяет четко дифференцировать «тяжелое психическое расстройство» от психического расстройства, не являющегося таковым, и мотивировать принятое решение ссылкой на какой-либо нормативный акт.

Нормы о недобровольном освидетельствовании и недобровольной госпитализации можно сравнить с нормами о невменяемости (ст. 21 УК РФ) и ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ), поскольку они построены с использованием медицинского и юридического критериев. В качестве медицинского критерия, наличие которого необходимо, но недостаточно для недобровольного психиатрического вмешательства, выступает тяжелое психическое расстройство. Юридический критерий, содержащийся в ч. 4 ст. 23 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи, устанавливает, что недобровольное психиатрическое вмешательство возможно только в тех случаях, когда тяжелое психическое расстройство вызывает одно из следующих последствий:

непосредственную опасность больного для себя или окружающих;

беспомощность больного, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

возможность причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния больного в случае оставления без психиатрической помощи.

В условиях неопределенности понятия «тяжелое психическое расстройство» решающее значение для применения недобровольного медицинского вмешательства приобретает юридический критерий. Основанием для не-

⁴ Психические расстройства и расстройства поведения (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М., 1998.

⁵ С.Н. Шишков. Цит. соч. С.224.

добровольного психиатрического освидетельствования или госпитализация может быть любое психическое расстройство (как общее основание оказания психиатрической помощи), если оно обуславливает возникновение одного из признаков юридического критерия установленных ч. 4 ст. 23 или ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Поэтому неслучайно, что в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи для определения круга лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, законодатель отказался от понятия «тяжелое психическое расстройство». Основаниями для установления диспансерного наблюдения являются следующие особенности течения психического расстройства:

его хроническое и затяжное течение;

наличие тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений.

Указанные критерии, хотя и носят оценочный характер, но являются более конкретными, что позволяет успешно решать с их помощью большинство вопросов, возникающих на практике. Особо следует подчеркнуть, что законодатель прямо не связывает установление диспансерного наблюдения с нозологической принадлежностью психического расстройства (отнесением его к категории «тяжелых»). Оно может быть установлено при любом психическом расстройстве, если его течение отвечает указанным выше признакам. Очевидно, что критериям ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи соответствует большинство случаев физической зависимости от ПАВ (хроническое течение, наличие частых тяжелых обострений — абстинентного синдрома).

С нашей точки зрения, стремление придать особое значение признаку тяжести психического расстройства отражает характерную для судебной психиатрии практику, когда наступление правовых последствий (признание лица невменяемым) связывается с нозологической принадлежностью психического расстройства (медицинским критерием невменяемости), а не с выраженностью нарушения способности к осознанному руководству поведением в криминальной ситуации (юридическим или психологическим критерием невменяемости)⁶. Эта практика привела к тому, что в судебной психиатрии сформировалось отличное от общей психиатрии понимание психического расстройства⁷ и получило широкое распространение ошибочное отождествление психического расстройства исключительно с наиболее тяжелыми формами психической патологии, которые влекут признание лица невменяемым. В заключениях судебно-психиатрических экспертных комиссий нередко встречаются утверждения, что «испытываемый психическим расстройством не страдает, а обнаруживает признаки врожденной умственной отсталости в степени легкой дебилности либо последствий раннего органического поражения головного мозга», хотя и олигофрения, и органическое психическое расстройство, согласно МКБ-10, являются психическими расстройствами.

Попытки конкретизировать понятие «тяжелое психическое расстройство»⁸, по-нашему мнению, нельзя при-

знать удачными. Если к таким расстройствам относить болезненные состояния, не позволяющие больному понимать значение своих действий или руководить ими, то тяжелое психическое расстройство оказывается тождественным недееспособности. Решение об оказании психиатрической помощи недееспособным лицам принимают их законные представители, что резко ограничивает возможную сферу применения недобровольного психиатрического вмешательства. В качестве другого критерия тяжелого психического расстройства предлагается использовать отсутствие у больного способности осознанно принять решение о согласии или отказе от психиатрического вмешательства. Такое определение на первый взгляд представляется достаточно точным, отвечающим потребностям практики. Однако наличие у больного психического расстройства, лишаящего его способности осознанно принимать решение относительно оказания ему психиатрической помощи, вовсе не означает, что этот больной нуждается в недобровольном освидетельствовании или госпитализации. Основанием для недобровольного психиатрического вмешательства являются условия, перечисленные в ч. 4 ст. 23 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи, а не просто наличие тяжелого психического расстройства.

В оказании медицинской помощи участвуют две стороны: пациент и врач, поэтому из того, что на наркологических больных распространяются нормы Закона о психиатрической помощи, не следует, что психиатр-нарколог обладает правовым статусом врача-психиатра. Любая медицинская специальность может рассматриваться в трех аспектах: как сфера профессиональной деятельности, область науки и деятельность, требующая специальной профессиональной подготовки. Рассмотрим с указанных позиций психиатрию и наркологию. Номенклатурой (классификатором) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения РФ, утвержденной Приказом Минздрава России от 27 августа 1999 г. № 337 (в редакции Приказа от 16 февраля 2004 № 63) в качестве самостоятельных врачебных специальностей выделены психиатрия (040115) и психиатрия-наркология (040116). Согласно Перечню соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов, утвержденному тем же Приказом Минздрава России, занимать должность психиатра-нарколога может только лицо, имеющее врачебную специальность психиатрия-наркология.

Приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 (в редакции Приказа от 27 октября 2003 г. № 502) утверждена Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи. При оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи в качестве самостоятельных видов медицинской деятельности, для осуществления которых необходимо получение отдельных лицензий, указанная Номенклатура выделяет работы и услуги по специальностям психиатрия, психотерапия, сексология и психиатрия-наркология. Как самостоятельно лицензируемые виды медицинской деятельности Номенклатура выделяет работы и услуги по наркологической экспертизе, по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию, работы и услуги по судебно-психиатрической экспертизе.

Общероссийский классификатор специальностей высшей научной квалификации (ОК 017-94) среди медицинских наук в качестве самостоятельных специальностей

⁶ Цымбал Е.И. Практика применения части 3 статьи 20 как зеркало российской судебной психиатрии// Независимый психиатрический журнал. — 2000. — №3. — С. 46–49. Цымбал Е. Ограниченная вменяемость: дискуссионные вопросы теории и правоприменительной практики// Уголовное право. — 2002. — №1. — С. 56–62.

⁷ Авербух И. Е., Голубева Е. А. К вопросу о вменяемости психически неполноценных лиц. Вопросы экспертизы в работе защитника. — Л., 1970. — С. 92–100.

⁸ Шишков С.Н. Цит. соч. — С. 218–219.

выделяет психиатрию (14 00 18) и наркологию (14 00 45). Под специальностью высшей научной квалификации «понимается совокупность знаний, умений и навыков, приобретенных на базе высшего образования в результате проведения самостоятельной творческой работы по постановке и решению определенных профессиональных задач в рамках конкретной отрасли науки».

Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОК 009-2003), утвержденный Постановлением Госстандарта России от 30 сентября 2003 г. № 276-ст выделяет четыре специальности высшего профессионального образования в области здравоохранения: лечебное дело, педиатрию, медико-профилактическое дело и стоматологию. Под специальностью в этом классификаторе понимается «совокупность знаний, умений и навыков, приобретенных в результате образования и обеспечивающих постановку и решение определенных профессиональных задач».

Таким образом, психиатрия и наркология являются самостоятельными областями профессиональной медицинской деятельности, требующими для занятия ими в соответствии с требованиями ст. 54 Основ законодательства о здравоохранении прохождения последиplomной подготовки и получения сертификата специалиста. Психиатрия и наркология также являются самостоятельными областями медицинской науки. В связи с этим психиатр-нарколог не имеет права оказывать наркологическую помощь, не обладает правами врача-психиатра, установленными в ст. 20 Закона о психиатрической помощи; а врач-психиатр не имеет права оказывать наркологическую помощь.

С учетом особенностей правового статуса врача-психиатра и психиатра-нарколога для распространения положений Закона о психиатрической помощи на наркологическую помощь необходимо дополнить⁹ раздел III этого Закона «Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов». Так, в ст. 18 Закона о психиатрической помощи следует указать, что психиатрическую помощь наркологическим больным оказывают наркологические учреждения и частнопрактикующие врачи психиатры-наркологи; в ст. 19 закрепить, что право на врачебную деятельность по оказанию наркологической помощи имеет врач психиатр-нарколог, получивший высшее медицинское образование и в установленном порядке подтвердивший свою квалификацию. Соответствующие дополнения должны быть внесены в статьи 20 (права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи), 21 (независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи) и 22 (гарантии врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи) Закона о психиатрической помощи.

В Закон о психиатрической помощи включена самостоятельная норма о судебно-психиатрической экспертизе (ст. 14). Указанную норму необходимо дополнить новой частью, в которой указать, что судебная экспертиза для установления факта опьянения или наличия зависимости от ПАВ по гражданским и уголовным делам, а также при рассмотрении дел об административных правонарушениях производится врачами психиатрами-наркологами.

⁹ Предлагаемые здесь и далее формулировки изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи не претендуют на признание их окончательными, а лишь отражают взгляды автора на пути реформирования этого Закона

Для распространения на наркологические учреждения, включая стационары, правового статуса психиатрических учреждений необходимо дополнить ст. 30 и 37 Закона о психиатрической помощи. Так, меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи должны быть распространены на оказание наркологической помощи, а пациентов наркологических стационаров следует наделять правами пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Вносить в Закон о психиатрической помощи указание на то, что наркологическая патология относится к психическим расстройствам и расстройствам поведения необязательно, поскольку это закреплено в ч. 1 ст. 10 указанного Закона, но желательно. С этой целью ст. 1 Закона о психиатрической помощи целесообразно дополнить частью третьей, в которой указать, что зависимость от ПАВ является одной из форм психических расстройств и лицам, употребляющим ПАВ, психиатрическая помощь оказывается врачами психиатрами-наркологами.

Особенности правовой регламентации оказания наркологической помощи, обусловленные спецификой наркологической патологии

При наличии принципиального сходства юридически значимых особенностей наркологической патологии и психических расстройств между ними имеются определенные различия, обусловленные включением в раздел F1 «Психические расстройства и расстройства поведения» не только синдрома зависимости, но и состояний, обусловленных приемом ПАВ у лиц без явлений зависимости от ПАВ (острая интоксикация ПАВ, пагубное (с вредными последствиями употребление) ПАВ). В случаях эпизодического употребления ПАВ без явлений зависимости отсутствует основной признак психического расстройства — изменение отношения человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношения общества к человеку. Сами эти состояния являются преходящими, транзиторными, обусловлены присутствием в организме ПАВ. С клинической точки зрения они не могут быть отнесены к болезненным состояниям (психическим расстройствам), поэтому на лиц с эпизодическим приемом ПАВ не должны распространяться правоограничения, предусмотренные действующим законодательством для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, поэтому для них целесообразно установить особый порядок медицинского наблюдения. В связи с этим в предлагаемой части третьей ст. 1 Закона о психиатрической помощи необходимо специально указать, что установленные законодательством Российской Федерации ограничения прав, связанные с заболеванием алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, распространяются только на лиц с зависимостью от ПАВ.

Статьей 24 Основ законодательства о здравоохранении установлен общий порядок, согласно которому правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него наделяются несовершеннолетние старше 15 лет. Федеральным законом от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» для несовершеннолетних, больных наркоманией, этот возраст был повышен до 16 лет.

Причины внесенных изменений очевидны. Согласно ст. 20.22 КоАП РФ появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, по-

ребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах является основанием для привлечения их родителей к административной ответственности. В отношении подростков старше 15 лет, но младше 16 лет возникла парадоксальная ситуация: родители не могли без согласия несовершеннолетних обеспечить оказание им наркологической помощи, но должны были нести административную ответственность за употребление своими детьми ПАВ. Таким образом родители добросовестно, но безуспешно пытавшиеся лечить своих детей, злоупотребляющих ПАВ, оказывались без вины виноватыми, поскольку административная ответственность за употребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КоАП РФ), распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (ст. 20.20 КоАП РФ) и появление в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21 КоАП РФ) наступает с 16 лет.

Федеральный закон от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ устранил указанное противоречие лишь частично. Во-первых, он повысил возраст информированного согласия только для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, тогда как административную ответственность влечет появление в общественных местах в состоянии опьянения и распитие в общественных местах спиртных напитков и потребление там же одурманивающих веществ. Во вторых, этот Закон внес изменение только в оказание медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим наркоманией, тогда как действия, образующие состав административных правонарушений, предусмотренных статьями 6.8 (незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов), 6.9, 20.20 и 20.21 КоАП РФ, могут совершаться несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки и одурманивающие вещества.

В связи с изложенным представляется целесообразным законодательно закрепить положение, что несовершеннолетним в возрасте до 16 лет, употребляющим ПАВ, врачи психиатры-наркологи оказывают помощь по просьбе или с согласия их законных представителей. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в ч. 2 ст. 4, ч. 2 ст. 7, ч. 3 ст. 11, ч. 2 ст. 23, ч. 2 ст. 26, ч. 4 ст. 28 и ч. 1 ст. 31 Закона о психиатрической помощи.

Медицинское освидетельствование в наркологии может преследовать две цели: установление факта опьянения (употребления ПАВ) и установление зависимости от ПАВ. Действующие редакции статей 23, 24 и 25 Закона о психиатрической помощи создают необходимую правовую базу для проведения добровольного и недобровольного освидетельствования с целью выявления зависимости от ПАВ. Экспертиза опьянения или состояния одурманивания нуждается в дополнительном нормативно-правовом регулировании. Статью 23 Закона о психиатрической помощи следует дополнить частью седьмой, где указать, что недобровольное освидетельствование для выявления состояния опьянения или установления факта потребления ПАВ проводится по основаниям и в порядке, установленном КоАП РФ.

С учетом полиморфного характера клинической картины интоксикации наркотическими средствами, психот-

ропными и одурманивающими веществами, необходимости проводить дифференциальную диагностику интоксикации с иными психическими расстройствами и состояниями нарушенного сознания представляется целесообразным наделить правом поведения клинической диагностики интоксикации ПАВ только врачей-психиатров (после соответствующей подготовки) и психиатров-наркологов.¹⁰ Для этого необходимо дополнить ч. 3 ст. 23 закона о психиатрической помощи уточнением, что психиатрическое освидетельствование лиц, употребляющих ПАВ, проводится прошедшими специальную подготовку психиатрами-наркологами и врачами-психиатрами.

Медицинское освидетельствование для выявления опьянения или установления факта потребления ПАВ возможно в форме токсикологического исследования или в форме клинического обследования. Токсикологическое исследование является специфическим для наркологии методом, поэтому в настоящее время Законом о психиатрической помощи токсикологическое исследование не предусмотрено. В связи с этим необходимо дополнить Закон о психиатрической помощи новой статьей (ст. 24.1) «Токсикологическое исследование» следующего содержания:

1. Токсикологическое исследование биологических сред и образцов для выявления ПАВ и продуктов их метаболизма является формой психиатрического освидетельствования лиц, употребляющих ПАВ. Правила медицинского освидетельствования опьянения и факта употребления ПАВ; предельно допустимые концентрации ПАВ и их метаболитов, превышение которых свидетельствует об опьянении или употреблении ПАВ, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Токсикологическое исследование может использоваться как средство контроля за лицами, находящимися на профилактическом наблюдении в связи с употреблением ПАВ, а также для контроля воздержания от приема ПАВ перед переводом больного с диспансерного наблюдения на консультативно-диагностическое или прекращением консультативно-диагностического наблюдения.

Содержащийся в ч. 1 ст. 16 Закона о психиатрической помощи перечень видов психиатрической помощи, гарантируемых государством, необходимо дополнить наркологической помощью во внебольничных и стационарных условиях. Оказание наркологической помощи имеет две специфические особенности. Во-первых, необходимость медицинского наблюдения за практически здоровыми лицами с эпизодическим приемом ПАВ, у которых отсутствует зависимость. Во-вторых, значительно более высокой криминализацией поведения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями по сравнению с лицами, страдающими иными психическими расстройствами. Делинквентное поведение потребителей ПАВ связано как с необходимостью расходования значительных денежных средств на приобретение ПАВ, так и с психопатизацией личности, а затем морально-этическим снижением и слабоумием. Кроме того, состояние опьянения существенно повышает вероятность совершения насильственных преступлений против личности. Отмеченные обстоятельства, по-нашему мнению, дают основание включить в перечень критериев для установления диспан-

¹⁰ Приказ Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» допускает производство освидетельствования на состояние опьянения специально подготовленным врачом, специальность которого не оговаривается, а в сельской местности — фельдшером

серного наблюдения за наркологическими больными выраженной десоциализацию и криминализацию личности больных.

Для учета указанных особенностей Закон о психиатрической помощи необходимо дополнить новой статьей (26.1) «Виды амбулаторной наркологической помощи» следующего содержания:

1. Амбулаторная наркологическая помощь лицу, употребляющему ПАВ, в зависимости от медицинских и социальных показаний оказывается в виде профилактического наблюдения, консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

2. Профилактическое наблюдение устанавливается за лицами с эпизодическим употреблением ПАВ без явлений зависимости. Профилактическое наблюдение осуществляется врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица, употребляющего ПАВ, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Длительность профилактического наблюдения составляет один год.

3. Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица с зависимостью от ПАВ по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Оказание консультативно-лечебной помощи продолжается до достижения стабильной ремиссии, после чего за лицом устанавливается профилактическое наблюдение. Если в период профилактического наблюдения лицо выполняет все назначения лечащего врача, соблюдает сроки явок в наркологические учреждения (подразделения), проходит токсикологический контроль и не допускает приема ПАВ, принимается решение о прекращении наркологического наблюдения.

После прекращения наркологического наблюдения к лицу не могут применяться правоограничения, установленные для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

Решения о прекращении оказания консультативно-лечебной помощи, установлении и прекращении профилактического наблюдения принимаются комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой администрацией учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

4. Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица, страдающего зависимостью от ПАВ, его родителей или законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом психиатром-наркологом и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. Диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с зависимостью от ПАВ с тяжкими стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, если они:

- а) уклоняются от добровольного лечения;
- б) неоднократно продолжали употребление ПАВ в процессе оказания им наркологической помощи;
- в) ведут асоциальный образ жизни, грубо нарушают общественный порядок, вследствие злоупотребления ПАВ совершают административные правонарушения;

г) совершили преступление и решением суда на них возложена обязанность пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Длительность диспансерного наблюдения в случае, предусмотренном пунктом «г» настоящей статьи, составляет три года; в случаях, предусмотренных пунктами «а», «б», и «в» настоящей статьи, — один год, после чего рассматривается вопрос о его прекращении или продлении. После прекращения диспансерного наблюдения больному оказывается консультативно-лечебная помощь. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения, его прекращении или продлении принимается комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой администрацией учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией врачей психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Еще одной специфической чертой зависимости от ПАВ является патологическое влечение к ПАВ, которое может достигать выраженности компульсивного и определять поведение больного. Для пресечения проникновения ПАВ в наркологические учреждения, оказывающие стационарную наркологическую помощь, необходимо принятие комплекса специальных мер, которые не используются в психиатрических стационарах. В связи с этим ст. 30 Закона о психиатрической помощи необходимо дополнить частью четвертой следующего содержания.

(4) Для предупреждения употребления больными, находящимися в наркологическом стационаре, ПАВ должностными лицами указанных учреждений принимаются меры для ограничения несанкционированных контактов больных с посторонними лицами; устанавливается перечень продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению больными, находящимися на лечении; проводятся проверки для изъятия продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению.

Таковы основные изменения и дополнения, которые должны быть внесены в Закон о психиатрической помощи для того, чтобы использовать его при оказании наркологической помощи. Незатронутым остался только вопрос о порядке взаимодействия наркологических учреждений и органов внутренних дел, включая обмен информацией. Индивидуальная профилактическая работа, проводимая сотрудниками милиции с потребителями ПАВ, в том числе оказание содействия наркологическим учреждениям, не имеет отношения к медицинскому праву и должна регулироваться Законом о милиции. К предмету законодательства, регламентирующего оказание наркологической помощи, относится только передача в территориальный орган внутренних дел информации о потребителях ПАВ.

Законом о милиции (п. 4 ч.1 ст. 11) милиции для выполнения возложенных на нее обязанностей предоставлено право «получать от граждан и должностных лиц необходимые объяснения, сведения, справки, документы и копии с них». Однако это право милиции ограничено теми случаями, когда законом не «установлен специальный порядок получения соответствующей информации» (п. 30 ч. 1 ст. 11 того же Закона). Информация о факте обращения за наркологической помощью, состоянии здоровья гражданина и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, разглашение которой возможно только в специально уста-

новленных законом случаях. Согласно ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении лечебно-профилактические учреждения самостоятельно обязаны информировать органы внутренних дел «при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий»; а также отвечают на запросы «органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством». Таким образом, существующий в настоящее время порядок обязательного информирования наркологическими диспансерами органов внутренних дел о лицах, с впервые в жизни выявленным наркологическим заболеванием, противоречит действующему законодательству.

Специальный порядок передачи из наркологических учреждений в органы внутренних дел информации о лицах, употребляющих ПАВ, по-нашему мнению, должен распространяться только на лиц, находящихся на диспансерном наблюдении. Во всех остальных случаях сохраняется общий порядок передачи информации, составляющей врачебную тайну, который определен ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении. Для законодательного закрепления такого порядка представляется необходимым дополнить содержащийся в ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, пунктом 6, где указать, что разглашение врачебной тайны возможно в иных случаях, установленных федеральным законом.

В свою очередь, ст. 9 Закона о психиатрической помощи («Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи») необходимо дополнить частью второй следующего содержания:

учреждения, оказывающие наркологическую помощь, по запросам органов внутренних дел, Госкомнаркомконтроля без согласия гражданина или его законного представителя предоставляют сведения, составляющие врачебную тайну, о лицах, находящихся на диспансерном наблюдении. Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, ежеквартально информируют территориальный орган внутренних дел по месту жительства больного, находящегося на диспансерном наблюдении, о посещении наркологического учреждения, выполнении медицинских назначений, продолжении приема ПАВ.

LEGAL REGULATION OF TREATMENT PATIENTS WITH DRUG ADDICTION: PROBLEMS AND WAYS OF DECISION (PART TWO)

TSYMBAL E.I.

The most important legal special feature of mental diseases and drug dependence is disturbance ability of conscious self regulation behavior. So author supposes, that it is necessary to change The Federal law about psychiatry for treatment patients with drug addiction. This way is more suitable, than development special federal law about treatment patients with drug addiction. It should be made two groups of changing in The Federal law about psychiatry. The first group of changes is necessary for transformation legal status of staff drug units. The second group should reflects legal special feature of drug dependence.

Выводы

Главной юридически значимой особенностью психических расстройств и наркологической патологии является нарушение способности к осознанной регуляции поведения. В связи с этим для правового регулирования оказания наркологической помощи целесообразно использовать Закон о психиатрической помощи, а не разрабатывать специальный федеральный закон.

Для распространения на наркологическую патологию Закона о психиатрической помощи в него должны быть внесены существенные дополнения, касающиеся определения правового статуса врача психиатра-нарколога, режима наркологических лечебно-профилактических учреждений и специфических особенностей клиники злоупотребления ПАВ.

Использованные нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации; принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.

Уголовный кодекс Российской Федерации; Федеральный закон от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ.

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях; Федеральный закон от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ.

О милиции; Закон РФ от 18 апреля 1991 года № 1026-1.

О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании; Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан; Закон РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

О наркотических средствах и психотропных веществах; Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ.

О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации; Федеральный закон от 18 июня 2001 года № 77-ФЗ.

О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан; Федеральный закон от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ.

Перечень социально значимых заболеваний; утвержден Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715.

Общероссийский классификатор специальностей высшей научной квалификации (ОК 017-94).

Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОК 009-2003); утвержден Постановлением Госстандарта России от 30 сентября 2003 г. № 276-ст.

Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи; утверждена Приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 (в редакции Приказа от 27 октября 2003 г. № 502).

О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения; Приказ Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308.