



*Кырига М.М.,
слухач магістратури
Юридичної академії МВС
України*



*Лєнь В.В.,
помічник прокурора
Заводського району
м. Запоріжжя*



*Лєнь В.В.,
начальник кафедри
кримінального права
Юридичної академії МВС України,
член науково-методичної ради
прокуратури Запорізької області,
кандидат юридичних наук*

ПИТАННЯ ВИЯВЛЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ АНОМАЛІЯМИ (соціально-правовий аспект)

За сучасних умов щодо прагнення побудови України як правової, демократичної держави актуальною стає проблема дотримання і захисту прав і свобод людини і громадянина. Категорію осіб, які потребують з боку держави відповідних додаткових заходів, становлять ті, що мають психічні захворювання. Ефективне виявлення і лікування осіб з психічними аномаліями, забезпечує не тільки попередження вчинення з їхнього боку антигромадської поведінки, а й головне - повернення у суспільство в певній мірі здорового і безпечного індивіда. У сучасному світі вони є по суті інтегрованим показником розвитку громадянського суспільства, які проголошені у Загальній декларації прав людини, інших міжнародних документах. Вимоги міжнародних стандартів знайшли відображення і в Конституції України¹.

Отже в необхідності ефективного виявлення і лікування осіб з психічними аномаліями не викликає ніяких сумнівів. А це можливо лише тоді, коли держава на законодавчому рівні закріплює відповідні соціальні гарантії та створює ефективні механізми їх реалізації.

На жаль, в Україні ця сфера державної політики здійснюється мало ефективно. Про це свідчать статистичні дані МОЗ, відповідно до яких сьогодні характеризується швидким зростанням масштабів соціально небезпечних хвороб. Зокрема в Україні нараховується понад 1,2 млн. психічнохворих осіб², і це при тому, що приблизно 13 тис. з них є суспільно небезпечними, які щорічно поповнюються близько 70 тис. "новобранців".

Для того, щоб спробувати розібратися в причинах такого занепаду, треба проаналізувати як в нашій державі здійснюється виявлення та лікування

осіб з психічними відхиленнями, які соціальні гарантії створює для них держава і чи є вони достатніми.

Відповідно до ст 5 Закону України "Про пенітаричну допомогу"³ держава гарантує надання грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з психічнохворою особою. Порядок виплати такої грошової допомоги встановлюється КМУ⁴ (постанова № 1192 від 2 серпня 2000 р. "Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії пенітаричного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним").

Для родин, в яких живуть психічнохворі, ця допомога є вкрай необхідною, адже вони постійно переживають психіко-соціальне та емоційне напруження, оскільки розумово відсталі або психічнохворі весь час потребують уваги, доглядальники змушені віддавати їм фактично своє життя, нехтуючи і кар'єрою, й іншими особистими інтересами.

Але, на жаль, ця соціальна виплата існує в нашій державі у такому вигляді і з такими обмеженнями, що фактично позбавляє сенсу її існування.

По-перше, вражає розмір зазначеної соціальної виплати, який встановлюється в один неоподатковуваний мінімум доходу громадян (131 грн.), що майже у кілька разів нижче за прожитковий мінімум. Очевидно, що такої допомоги не вистачить навіть на задоволення елементарних побутових потреб хворої людини, не говорячи вже про придбання ліків і здійснення інших витратів, пов'язаних з лікуванням.

А знайти роботу з таким діагнозом складно, адже інвалідність через розумову відсталість фактично унеможливило повернення у нормальне суспільство. Прожити на одну пенсію інваліда вкрай важко, тому такі люди перетворюються на тягар для своєї родини. Деякі родини від них відмовляються і єдиним притулком для цих осіб залишаються відповідні медичні заклади.

По-друге, ця соціальна допомога надається не всім категоріям осіб з психічними захворюваннями, а лише тим, які:

а) внаслідок психічного розладу визнані інвалідами I чи II групи, та

б) висновком лікарської комісії медичного закладу встановлено, що такі особи потребують постійного стороннього догляду.

Таку логіку навряд чи можна пояснити, оскільки незрозуміло чому психічнохворі особи, які не відповідають цим критеріям, що потребують менше піків чи харчування, адже мова йде в більшості випадків про непрацездатного члена суспільства.

По-третє, для отримання такої соціальної гарантії середньомісячний сукупний дохід сім'ї, у якій проживає психічнохвора особа, повинен бути нижчим від прожиткового мінімуму. Навряд чи перевищення такого доходу, який і так є мізерним, може бути підставою для відмови у наданні допомоги, оскільки сам факт того, що особа визнана інвалідом I чи II групи, є вже достатнім для того, щоб створити для неї додаткові соціальні гарантії.

По-четверте, не сприяє ефективності реалізації такої соціальної гарантії і встановлений порядок її отримання. Це пов'язано з необхідністю проходження цілої низки бюрократичних процедур, без більшості з яких можна було б швидко обійтися. Так, для призначення грошової допомоги обов'язково треба з'явити і подати в органи праці та соціального захисту як мінімум шість видів документів, зокрема:

1) довідку про склад сім'ї із зазначенням родинних зв'язків членів сім'ї;

2) довідки про доходи кожного члена сім'ї (кількість цих довідок залежить від кількості членів сім'ї);

3) висновок лікарської комісії психіатричного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу;

4) довідки про наявність і розміри земельних ділянок, виділених для ведення особистого підсобного господарства, сінокошіня, випасання худоби та земельної частки, виділеної внаслідок розпадовання землі.

5) заяву;

6) документ, що посвідчує особу;

Фактично особа, яка має доглядати за хворим людинною і в якій і так обмаль часу, замість цього повинна їждити по різних інстанціях, очікувати в чергах, виступати перед кабінетами різних чиновників. Після проходження такої процедури, особа нарешті може претендувати на мізерну щомісячну виплату, а через півроку має знову повторити всю цю процедуру.

Тому доцільним було б створення єдиної бази даних, або зобов'язати відповідні інстанції надавати зазначену інформацію до органів праці та соціального захисту. Крім того, більшість всіх цих даних вже міститься в певних державних установах (психіатричні заклади тощо).

На недостатнє соціальне забезпечення осіб з психічними аномаліями вказує і стан української психіатрії. Відсутність належного фінансування, брак необхідних ліків, засобів догляду за хворими, достатнього харчування - спільна проблема всієї нашої медицини. В підтвердження цього наведено факти лише за період 1998-2000 р.р. (Але це не свідчить, що показники з цієї проблеми покращилися, наприклад - авт.)

По-перше, протягом 1999-2000 р.р. кількість ліжок у психіатричних закладах скоротили на 31%. За цей же час кількість осіб (на 100 тис. населення) із розладами психіки та поведінки збільшилася з 2271 до майже 2431 чоловік, а кількість інвалідів по психічному захворюванню зросла з 402 до 500,35 чоловік. Якщо в 1990 р. на розлади психіки та поведінки щорічно захворювало 248 осіб (на 100 тис. населення), то в 2000 р. - уже 260,7. Разом з тим, за цей період відбулося скорочення зайнятості посад лікарів психіатрів з 4803 до 4028 чоловік. Для обслуговування усіх потенційних клієнтів перестало вистачати фахівців-психіатрів. Це пов'язано не лише із скороченням штату, але і з мізерною заробітною платнею. Саме тому зараз активно налагоджується процес наймання лікарів загальної практики, сімейних лікарів азам і психіатрії для того, щоб на ранніх стадіях виявляти психічні захворювання.

По-друге, у 1998-1999 рр. удержані налічувалося 86 психіатричних лікарень, розрахованих на перебування 48303 пацієнтів, а також 36 ПНД на 3229 ліжок. Водночас слід мати на увазі, що в Україні останніми роками не відбулося ні соціального поліпшення умов, які суттєво сприяли б зменшенню захворюваності на розлади психіки та поведінки, ні значного поліпшення загального стану охорони здоров'я, що також мало б вплинути на зменшення цієї категорії хворих.

Перевантажена, малоефективна система існуючих в Україні психіатричних лікарень сприяє зловживанням з боку медичного персоналу, спостерігаються окремі випадки жорстокого ставлення до психічнохворих пацієнтів у лікарнях; переважна більшість психічнохворих через фінансові проблеми не може отримати сучасні психотропні медикаменти.

По-третє, у бюджетах України, зокрема на 1998 - 1999 рр. передбачалося лише часткове фінансування необхідних витратів на санітарно-терапевтичне забезпечення і харчування хворих у стаціонарах, на заробітну плату працівникам охорони здоров'я, оплату комунальних послуг медичними закладами. При цьому більшість допомог, що надаються державою, - разові (адресні) допомоги.

По-четверте, потреби закладів охорони здоров'я на оновлення медичного обладнання та впровадження сучасних медичних технологій протягом останніх років не фінансувалися взагалі. Через відсутність коштів на капітальний ремонт значна кількість основних фондів доведена до перед аварійного або аварійного стану. Майже не ведеться будівництво сучасних закладів охорони здоров'я.

Не виконуються вимоги щодо пріоритетності забезпечення соціальних витрат. Якщо виконання видаткової частини Держбюджету за 1999 р. у цілому становило 75% до плану, то його виконання по окороні здоров'я - лише 44%. Рівень фінансування видатки на медикаменти, перев'язувальні матеріали та продукти харчування по МОЗ в розрахунку на одного хворого на день у 5-10 разів нижчий за визначений Державним бюджетом та у 10-20 разів нижчий за встановлені норми.

Тому, такий стан справ вкрай негативно відбивається на наданні кваліфікованої та ефективної медичної допомоги громадянам України, веде до порушення їх прав. Для порівняння можна навести європейські країни, де від 10 до 30% коштів, спрямованих на охорону здоров'я, витрачаються на лікарські засоби. В Україні бюджетні асигнування на заклади місцевого підпорядкування для придбання медикаментів у 1998-1999 рр. становили лише 9% реальної потреби, якщо у 1998 р. видатки на охорону здоров'я становили 3,8% ВВП, то у 1999 р. - 3,3%. Видатки на охорону здоров'я в Україні у 1999 р. склали близько 20 доларів США на душу населення. При цьому слід мати на увазі, що ВОЗ вважає, що за витрат на охорону здоров'я менш як 5% ВВП галузь стає не тільки неефективною, а й непрацездатною. Для порівняння витрати на охорону здоров'я у деяких країнах світу становлять (у % до ВВП): Бельгія Бразилія - 5,9%, Польща - 6,2%, Португалія - 6,5%, Японія - 8,3%, Німеччина - 9%, США - 14%.

Але і ті мізерні кошти, що виділяються державою, розподіляються нерационально й неефективно.

Так, наприклад, інтернатам на утримання хворих держава виділяє певні кошти. Але не існує прямо пропорційної залежності між цими виплатами й кількістю підопічних і якістю їх утримання. У середньому на утримання одного хворого в інтернаті виділяється в кілька разів більше коштів, ніж вдома (мається на увазі пенсія). Тому психічнохворі люди вимушені йти до інтернатів. Але місце у обласних центрах для всіх хворих не вистачає. Як наслідок виникають черги - дійсні й уявні, а це вже - можливість для зловживань з боку адміністрації цих установ. Тому безумовно, було б набагато краще, якби гроші "йшли" за хворим, тобто держава виділяла на кожного хворого певну суму, якою сам хворий або його рідні, чи опікун мали можливість розпорядитися на свій розсуд. Якщо вирішив жити в інтернаті, гроші переказують інтернату, не сподобалося в цьому інтернаті - перейшов в інший і гроші за ним. Хворий має право вибирати інтернат. Вирішувати свою долю - суверенне право кожної людини, здорової чи хворої.

Якби держава пішла на це, багато б сімей забрали своїх хворих додому, збільшилася б місія в інтернатах, покращився б догляд за хворими. Попілювся б психологічний клімат в родинях.

Аналізуючи далі систему соціального забезпечення лікування психічнохворих осіб, треба наголосити, що вона не може бути ефективною без належних витрат на соціальну реабілітацію таких хворих. Соціальна реабілітація виступає невід'ємною складовою частиною лікування.

Тому обов'язком держави, яка обертає шлях правового демократичного розвитку є створення для осіб з психічними захворюваннями такої системи соціальних гарантій, яка б змогла забезпечити їх належну реабілітацію, а отже й ефективне лікування. Виконання такого обов'язку можливо тільки тоді, коли держава не лише декларативно визначає соціальні права певної категорії осіб, а й створює та закріплює правовий механізм їх ефективної реалізації, який надійно функціонує.

На жаль, у нас фактично немає державної програми, яка забезпечила б соціальну адаптацію та реабілітацію психічнохворих. Це призводить до того, що більшість хворих після випуску додому в задовільному стані, сповненого надій на повноцінне життя, через короткий термін знову повертаються до лікарень з погіршенням - позначається неготовність хворого до самостійного життя і неможливість самореалізації.

Після подолання всіх труднощів ті хворі, яких психіатрам вдається позбавити гострих проявів психічних захворювань, повертаються у звичне соціальне середовище. Тут на них й чекають труднощі та небезпека. Адже переважна більшість психічнохворих - хворі на шизофренію, а це хронічна хвороба, і такий хворий, навіть поза її гострими проявами, продовжує жити у "своєму" вигаданому, нереальному світі. Він не рахується з реальним суспільством, чим і викликає у навколишніх ставлення до себе як до ізола. Хворий стає важким тягарем для родини, сім'ї, якщо вона у нього ще є. Нікого соціального захисту поза психіатрією у психічнохворого немає. Фактично він одержує пенсію як інвалід, але й уся допомога від держави. А звернутися зі своїми проблемами до державних установ не може, оскільки може чинити, не намагаючись розібратися по суті, відсилає його до психіатра. Але не завжди хворий потребує активного лікування, йому було б цілком достатньо набуття навичок соціальної адаптації, стати якщо не корисним, то бодай не зайвим у суспільстві.

Саме можливість соціалізації могла б допомогти цього уникнути. Для того, щоб створити ефективно діючу систему реабілітації, потрібно наступне.

По-перше, створити реальні можливості для розвитку психічнохворими певних здібностей, таким чином можна значно зменшити процеси їх деградації. З великим задоволенням, освоївши ті чи інші навички, вони можуть розкрити себе, наприклад, у живописі або в театральному мистецтві. Приймати праця- і культуротерапії вже давно використовуються в цивілізованому світі.

Наявність психічної хвороби ще не означає, що людину виключено з життя. Вона цілком може проявити себе з кращого боку. Саме суспільство робить психічнохворих "зайвими" людьми своїм презирством, страхом перед ними. А упереджене ставлення викликає в них агресію у відповідь.

По-друге, треба виключити формалізм із діяльності районних центрів зайнятості щодо працевлаштування психічнохворих людей і використання їх залишкової працездатності.

По-третє, не виконується в повному обсязі така державна гарантія, як створення лікувально-виробничих дільниць з полегшеними умовами праці. Трудоуваля є дуже корисною для таких осіб, але підприємства вкрай неохоче займаються працевлаштуванням психічнохворих, бо у суспільстві сформувався старий стереотип: якщо людина побувала в психікарні, на ній ставиться "хрест".

Тому саме організація таких лікувально-виробничих майстерень є дуже корисною. Основним напрямком діяльності цих майстерень є організація та проведення реабілітації і соціальної адаптації психічнохворих та інвалідів на основі використання їх залишкової працездатності. Наприклад, у Дніпропетровській області сьогодні тільки на трьох підприємствах є такі лікувально-трудова майстерні: ВАТ "Тепловозремонтний завод", ВАТ "Металургійний завод ім. Петровського", ВАТ "Завод з ремонту та будівництва пасажирських вагонів" (Рішення виконкому Дніпропетровської міськради № 1545 від 19.06.2003 р.). Головна їх мета полягає у здійсненні трудової реабілітації психічнохворих, оволодінні новими професіями та подальше працевлаштування.

Тисячі випусканих із лікарні людей фактично відразу опиняються на узбіччі життя, стають ізголами.

По-четверте, треба запровадити активну взаємодію соціальних служб із психічнохворими, адже загальновідомими є факти відмови Служби соціальної допомоги від обслуговування самотніх психічнохворих. То про які права людини може в такому випадку йти мова?

По-п'яте, інколи нестача місць у відповідних закладах Міністерства праці та соціальної політики МОН України призводить до медично невмотивованого вимушеного утримання психічнохворих людей (дорослих і дітей) у психіатричних лікарнях МОЗ України.

На думку експертів Всесвітньої психіатричної асоціації, Україна потребує скорочення кількості закладів стаціонарної психіатричної допомоги, у значній кількості яких трапляються серйозні порушення прав людини. Тому виведення багатьох пацієнтів з лікарняних стін при одночасному значному розширенні позалікарняної допомоги сприятиме збереженню у цих людей соціальних навичок, можливостей та соціальної адаптації. Великої витрати на утримання пацієнтів у психіатричних лікарнях є серйозним мотивом для радикального реформування національної психіатричної системи.

Отже, в сучасних умовах, при масовому безробітті й панівному принізипі, "кожен виживає, як може", з'явилася нагальна потреба у зміні методів реабілітації. Роль соціальних служб у допомозі психічнохворим людям нині обмежена. Перспективним напрямом є підвищення самосвідомості пацієнта, підготовка його до самостійного життя. У цьому велику роль треба відводити близькому оточенню пацієнта та його рідним. У лікарні, використовуючи величезний досвід, треба розпочати роботу зі створення нових методів реадптації. При лікарнях вважаємо слід створювати Центри взаємодії з користувачами та

громадськiстю, до яких залучати лікарів-психіатрів, психологів, працівників соціальних служб, юристів.

Розглядаючи питання соціального забезпечення лікування осіб з психічними аномаліями не можна обійти стороною і питання про стан їхніх побутових умов, які без усяких сумнівів впливають на ефективність лікування.

На жаль, держава не створила умов для забезпечення належного побуту осіб з психічними аномаліями під час їх перебування в спеціалізованих медичних закладах. Так, на практиці - усі вони в Україні залишилися ще з радянських часів. Це заклади виключно державної форми власності, передані з системи МВС до МОЗ, з жалким мінімумом, де не дотримано елементарних санітарно-гігієнічних норм. Більшість з них перебудували з виправно-трудових колоній та лікувально-трудових профілакторіів. Очевидним є те, що зенчайні лікувально-профілактичні стаціонари психіатричного профілю не пристосовані для такої мети. Вони мають власні задачі, а також встановлений законодавством порядок взаємовідносин з пацієнтами (госпіталізація, лікування, виписка тощо), що не дозволяє накладати на них інші, не властиві, ім функції. Медичні служби СІЗО також не пристосовані для тримання осіб з психічними розладами до рішення суду щодо направлення на примусове медичне лікування згідно ст. 94 КК України. Умови для надання психіатричної допомоги в цих установах вкрай незадовільні. Тому їх потрібно передавати до психіатричних закладів органів охорони здоров'я. Але передусім треба ставити питання про поліпшення умов у цих закладах, а не про переміщення всіх хворих до психіатричних закладів іншого відомства, де умови теж неідеальні.

Для порівняння у таких країнах як Франція, Італія існує багато великих науково-дослідних установ, які водночас лікують. Заклади для лікування психічно-хворих та хворих на туберкульоз належать як департаментам, так і приватним особам. Дистансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, але в дуже великих містах - на муніципальні кошти.

Соціальний захист осіб з психічними аномаліями неможливо здійснювати без налагодженого та законодавчо закріпленого механізму виявлення таких осіб. Психічно захворювані мають велику латентність, встановити реальну кількість психічнохворих осіб у державі неможливо.

Важливу роль у виявленні осіб з психічними аномаліями повинна відігравати активна сумісна діяльність працівників правоохоронних органів, насамперед ОВС, і медико-психіатричних служб. Метою такої діяльності має бути виявлення, та постановка на облік осіб з психічними аномаліями для подальшого лікування.

Проте, взаємодія не завжди продуктивна і найчастіше носить односторонній характер. Так, численні запити в районні відділення міліції з проханням посприяти в огляді чи визначити місцезнаходження хворого, нерідко залишаються без відповідей. У багатьох відділеннях міліції немає постійних співробітників, які б відповідали за групу соціально небезпечних хворих. У таких випадках безумовно людяність спостереження за цими хворими погіршується.

Але неефективність взаємодії пов'язана не лише з такими проблемами. В першу чергу це пов'язане із недосконалою правовою основою цього інституту.

Взаємодія закладів охорони здоров'я і ОВС регламентується спільним наказом МОЗ та МВС № 346/877 від 19.12.2000 р. "Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади" (надалі - наказ)⁶.

Виходячи із положень наказу уся взаємодія закладів охорони здоров'я і органів внутрішніх справ зводиться до того, що психіатричні заклади, які надають амбулаторну психіатричну допомогу, зобов'язані на підставі медичної документації психіатричних стаціонарів, клінічних даних, отриманих безпосередньо лікарями ПНД, виявляти психічнохворих з тяжкими психічними розладами, до структури яких входять симптоми, що обумовлюють здійснення суспільно небезпечних діянь (п. 1.2 наказу).

Отже, обов'язок по виявленню осіб з психічними вадами лежить повністю на закладах МОЗ, які порівняно із ОВС мають значно менші можливості по виявленню (лише на підставі вже наявної медичної документації). Зрозуміло, що ні про які пошукові заходи мова йти не може.

Запирається тільки чекати поки психічно-хвора особа або вчинить суспільно небезпечне діяння і буде затримана, або сама чи за ініціативою рідних звернеться за допомогою в заклад охорони здоров'я. Проте, наше суспільство має ще доволі низьку медичну культуру, за якої здоров'я не розглядається як цінність, що практично виключає своєчасне, з власної ініціативи звернення до лікаря. Тому, на жаль, більш вірогідним вбачається перший варіант.

Нерегульованою наказом і невід'ємний аспект процедури виявлення осіб з психічними аномаліями - порядок затримання таких осіб та примусового їх доставлення в заклад охорони здоров'я. А залишився він поза межами правового регулювання скоріше тому, що відсутня законодавча основа такої процедури (її немає в законах України "Про міліцію", "Про психіатричну допомогу" та ін.).

Отже, таким чином, слід зробити висновки:

1. На сьогодні є достатньо підстав стверджувати, що стан дотримання гарантованого Конституцією права на охорону здоров'я сьогодні є незадовільним. Однією з головних причин цього є те, що за умов перехідної економіки обсяг державних витрат на охорону здоров'я скоротився настільки, що державні медичні установи стикаються з проблемами нестачі ліків і обладнання, а також з відсутністю коштів на заробітну платню персоналу тощо.

2. Вирішення цієї проблеми можливе тільки на загальнодержавному рівні.

3. З метою вдосконалення соціального забезпечення лікування та виявлення осіб з психічними аномаліями доцільно вжити такі заходи:

- розробити та запровадити державні соціальні стандарти у галузі охорони здоров'я;
- забезпечити стабільні джерела фінансування;
- визначити перелік основних лікарських засобів як базових для забезпечення населення ліками в межах державної соціальної програми в системі

охорони здоров'я, а в подальшому - у межах державного обов'язкового медичного страхування;

- удосконалити систему цільового забезпечення лікарськими засобами соціально незахищених категорій населення та сформулювати державну цінову політику стосовно лікарських засобів;

- визначити гарантований державний мінімум, який дасть змогу, передусім соціально незахищеним категоріям населення, реалізовувати своє конституційне право на охорону здоров'я та отримання медичної допомоги.

4. Провести загальнодержавну просвітницьку кампанію, яка мала б на меті гуманізацію українського суспільства у зміні негативного ставлення до психічнохворих, формувати громадську думку щодо проблем психічних захворювань відповідно до моральних норм і цінностей цивілізованої європейської держави.

5. Законодавчо закріпити діяльність неформальних об'єднань громадян, які опікуються розв'язанням проблеми психічнохворих, і їх співпрацю з державними організаціями та установами (як приклад такого ефективного законодавчого акта можна навести Закон про лікування у громаді (Community Care Act), прийнятий у Великій Британії 1990 р.).

Залучити громадські організації до участі у визначенні потреб цієї категорії громадян, наявних ресурсів і можливостей для задоволення і захисту прав психічнохворих осіб та їх родин.

6. Створити спеціальні підприємства та організації, на яких працюватимуть люди з інтелектуальною недостатністю та психічнохворі.

7. Забезпечити частково або й повністю безоплатне надання медичної допомоги особам (одиночкам та малозабезпеченим), які страждають на психічні розлади, у стаціонарних закладах охорони здоров'я.

8. Провести соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, зобов'язати керівників підприємств, установ, організацій та районні центри зайнятості виділяти робочі місця для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу та створювати лікувально-трудові майстерні при підприємствах, установах та організаціях з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади.

9. Створити при психіатричних лікарнях громадську раду опікунів та лікувальників, члени якої безпосередньо контролюватимуть дотримання прав психічнохворих пацієнтів.

10. Удосконалити взаємодію органів охорони здоров'я з іншими державними органами. Вона має полягати в першу чергу в створенні належної правової основи, розширенні повноважень державних органів у цій сфері, зокрема й з ОВС.

Література

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1996, № 30, ст. 141.

Розділ IV. Думка фахівця

2. Лень В.В. Кримінально-правові проблеми визначення осудності злочинця: Автореф. дис. канд. юр. наук: 12.00.08 / НУВС. - Харків, 2003. - С. 1.

3. Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22.02.2000 р. № 1489-III // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2000, № 19, ст. 143.

4. Постанова КМУ "Про надання прямих грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за

яким" від 2.08.2000 р. № 1192 // Офіційний вісник України, 2000, № 31, ст. 1314.

5. Лень В.В., Краченко К.В. До проблеми узгодженості примусових заходів медичного лікування душевнохворих // Життя і право. - 2004. - № 6. - С. 67.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства внутрішніх справ України "Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади" від 19.12.2000 р. № 346877 // Офіційний вісник України, 2000, № 52, ст. 2289.

УДК: 347. 672 (477)



*О.О. Михайленко,
доцент кафедри цивільного права
юридичного факультету ЗНУ,
к.ю.н.*



*Т.А. Вензаренко,
студентка III курсу
юридичного факультету ЗНУ*

Юридичні колізії правового регулювання інституту секретного заповіту

Спадкове право, порівняно з іншими, є однією із найстабільніших інститутів цивільного права. Після прийняття Цивільного кодексу УРСР 1963 року жодних істотних змін у цьому інституті не спостерігалось. Але із вступом у силу 1 січня 2004 року нового Цивільного кодексу України поряд з іншими інститутами зазнало нових і спадкове право.

Особлива увага й інтерес представників юридичної доктрини і юристів-практиків проявляється до новел Глави 85 ЦК України, а саме: заповіту подружжя (ст. 1243 ЦК), заповіту за умовою (ст. 1242 ЦК), секретного заповіту (ст. 1249 ЦК). Введення таких принципово нових форм заповідальних розпоряджень має як позитивні риси, так і недоліки. Звичайно, надання можливості спадкодавцю скласти один із таких заповітів значно розширює його можливості, але недостатність практичних і теоретичних знань, а також досить розпливчасте регулювання цих інститутів в законі можуть і неосмібно викликати проблеми їхнього застосування на практиці.

Інститут секретного заповіту є новим для вітчизняного цивільного законодавства. На даний час існує досить небагато наукових праць, присвячених цій темі. Крім того, цей інститут не має історичного підґрунтя застосування в Україні. А отже, відсутність досвіду у цій сфері також відбиває свій негативний

слід на законодавстві, яке регулює відповідні відносини.

Дана стаття присвячена проблемам законодавчого регулювання інституту секретного заповіту і його практичного застосування. Актуальність обраної теми вбачається у відсутності наукових праць та недосконалості правового закріплення даного інституту, що має своїм наслідком неможливість практичного застосування секретного заповіту без виникнення спірних питань, що не врегульовані чинним законодавством. Отже, напевно є необхідність усунення прогалин у правовому регулюванні інституту секретного заповіту та приведення його у відповідність з іншими цивільно-правовими нормами.

Метою цієї статті є аналіз змісту та особливостей правового регулювання інституту секретного заповіту, його характерних рис та проблем його практичного застосування.

Секретний заповіт є однією з форм заповідальних розпоряджень. Відтак, йому властиві наступні загальні ознаки заповідальних розпоряджень:

1) односторонній правочин, за яким права й обов'язки спадкоємців виникають за волею заповідача, за умови прийняття спадкоємцями спадщини після її відкриття,

2) особисте розпорядження фізичної особи, осміяли складення заповіту, в тому числі і секретного, через представника не допускається,