

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

На правах рукопису

БЕРІШ АНАСТАСІЯ ЯКОВЛІВНА

УДК: 343.225(477)

**ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ: ПРАВОВА
ПРИРОДА ТА ВИДИ»**

Спеціальність 12.00.08 – кримінальне право та кримінологія, кримінально-
виконавче право

ДИСЕРТАЦІЯ

на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук

Науковий керівник:

Мирошніченко Наталія Анатоліївна

кандидат юридичних наук, доцент,
професор кафедри

Одеса – 2017

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
 РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНА ОБУМОВЛЕНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНСТИТУТУ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ	14
1.1. Розвиток законодавства про примусові заходи медичного характеру	14
1.2. Поняття та правова природа примусових заходів медичного характеру	32
1.3. Підстави і цілі застосування примусових заходів медичного характеру	49
Висновки до Розділу 1	68
 РОЗДІЛ 2. ОСОБИ, ДО ЯКИХ МОЖУТЬ БУТИ ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ	73
2.1. Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяннн в стані неосудності.....	73
2.2. Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання.....	92
2.3. Застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних, які вчинили злочини	100
Висновки до розділу 2	119
 РОЗДІЛ 3. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ	122
3.1. Види примусових заходів медичного характеру	122
3.2. Призначення, продовження, зміна та припинення застосування примусових заходів медичного характеру	136

3.3. Відмінності примусових заходів медичного характеру від примусового лікування.....	150
Висновки до розділу 3	159
ВИСНОВКИ.....	166
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	170
ДОДАТОК.....	187

ВСТУП

Актуальність теми: В теперішній час спостерігається зростання кількості осіб з психічними захворюваннями. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. психічні розлади ввійдуть до першої п'ятірки хворіб, які призводять до втрати працездатності.

За даними експертів, у порівнянні з 90-ми роками кількість пацієнтів психіатричних клінік збільшилася майже в два рази. Зросла кількість страждаючих такими серйозними психічними захворюваннями, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз і епілепсія, а невротичні розлади і депресії набули статус масових.

На частку суспільно небезпечних діянь, вчинених особами з психічними розладами, припадає близько 1% від загальної кількості осіб, які звинувачуються у вчиненні злочинів [166, с. 14]. Крім того, відносна кількість суспільно небезпечних діянь, вчинених психічно хворими, значно перевищує частоту кримінально караних діянь серед здорового населення: 10-12 суспільно небезпечних діянь на 1 тис. хворих на рік (серед здорових за такий самий період – близько 10 на 1 тис. населення) [20, с. 9].

Більшість діянь, вчинених особами з психічними розладами, має агресивно-насильницький характер і спрямовані проти життя і здоров'я людини [86, с. 109]. Так, кількість неосудних осіб, які вчинили вбивства і замах на вбивство, становить 8-10% (щорічно), серед тих, хто вчинив зґвалтування – 2-3%, хуліганства – 1,2% [168, с. 107]. Це свідчить про необхідність застосування до таких осіб спеціальних (медичних) заходів з метою виліковування або такого поліпшення їх стану, при якому усувається суспільна небезпека особи.

У кримінальному праві України питання застосування примусових заходів медичного характеру вважаються одними з найбільш складних і комплексних, що зумовлюється, перш за все, багатогранністю цього інституту – він знаходиться на стику юридичної, соціологічної та медичної галузей знань.

Людина, її права і свободи, проголошені Конституцією України, є найвищою цінністю суспільства, а їх визнання, дотримання, захист – обов’язком держави [41, ст. 3].

Особи, які страждають психічними розладами, є найуразливішою в правовому відношенні категорією населення країни. Про це йдеться і в міжнародних актах, де одним з показників рівня соціально-економічного розвитку, гуманізації та демократизації суспільства визнається дотримання і забезпечення прав людини у сфері психічного здоров’я.

Застосування примусових заходів медичного характеру покликане захистити суспільство від небезпечних посягань осіб, які страждають психічними розладами, та забезпечити підтримання належного рівня безпеки в соціумі. Отже, сутність примусових заходів медичного характеру, за загальноприйнятою думкою, полягає у тому, щоб забезпечити безпеку психічно хворих осіб і захистити від їх суспільно небезпечних діянь суспільство. З метою реалізації цих завдань держава повинна забезпечити безпеку кожного члена суспільства і суспільства в цілому від можливих небезпечних посягань таких осіб, не допустити вчинення особами з психічними аномаліями злочинних суспільно небезпечних діянь, оскільки їх спосіб життя і вчинки свідчать про таку можливість.

Небезпечність осіб із психічними розладами проявляється також в особливостях формування мотивів вчинення суспільно небезпечних діянь і злочинів, що обумовлює несподіваний, непередбачуваний характер їхньої поведінки. До того ж для осіб з психічними розладами характерна нездатність вчитися на своїх помилках, тобто вони не використовують минулий досвід, вчиняючи нові суспільно небезпечні діяння.

Необхідність контролю за поведінкою такого контингенту осіб з боку держави набуває особливої актуальності в соціально-політичній та економічній ситуації в країні, що склалася в даний час: підвищений рівень злочинності; безробіття та побутова невлаштованість; конфліктні ситуації, що охопили

суспільство; низький освітній, культурний рівень розвитку населення та інші негативні чинники. Ця категорія осіб нашо́вхується на нерозуміння, зневажливе і навіть негативне ставлення з боку оточуючих, що змушує їх відчувати себе «людьми другого сорту», вони ніби виключаються самим суспільством з усіх сфер життя. Тим не менш, вони більше, ніж здорові люди, потребують допомоги з боку суспільства і держави.

Застосування до таких осіб примусових заходів медичного характеру як поєднання лікувальних і профілактичних заходів відповідає завданням правової держави, в якій в особі, що вчинила суспільно небезпечне діяння, бачать не тільки соціально небезпечного суб'єкта, правопорушника, а й соціально корисну особистість.

Проблеми, які стосуються примусових заходів медичного характеру, досліджувалися в працях таких учених, як Ю.М. Антонян, Л.В. Багрій-Шахматов, В.М. Бурдін, С.Є. Віцин, М.Н. Голоднюк, В.О. Глушков, І.В. Жук, Г.М. Зільберблат, М.М. Книга, П.А. Колмаков, В.В. Ленъ, Д.Р. Лунц, Р.І. Міхєєв, Н.А. Мирошніченко, Є.В. Мищенко, А.А. Музика, Г.В. Назаренко, А.П. Овчинникова, Н.А. Орловська, Б.А. Протченко, Б.А. Спасенніков, Є.Л. Стрельцов, С.Я. Улицький, А.А. Хомовський, С.Л. Шаренко та ін.

Особливе значення мають законність і обґрунтованість застосування примусових заходів медичного характеру, оскільки примус завжди пов'язаний із суттєвим обмеженням прав людини. Тому важливим є вирішення завдання забезпечення законності при здійсненні розслідування і розгляду справ про застосування примусових заходів медичного характеру, неухильного дотримання гарантій охорони прав особи при застосуванні до неї примусових заходів медичного характеру. Зазначені обставини зумовлюють своєчасність і актуальність даного дослідження.

Таким чином, актуальність теми дисертаційного дослідження обумовлюється необхідністю розвитку теорії кримінального права щодо

застосування примусових заходів медичного характеру, удосконалення чинного кримінального законодавства в цій сфері та практики його застосування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри кримінального права Національного університету «Одеська юридична академія» «Механізм кримінально-правового впливу в умовах сталого розвитку» на 2011-2015 роки як складової плану науково-дослідної роботи Національного університету «Одеська юридична академія» на тему «Теоретичні і практичні проблеми забезпечення сталого розвитку української державності та права» на 2011-2015 роки (державний реєстраційний номер 0110U000671), а також плану науково-дослідної роботи кафедри кримінального права Національного університету «Одеська юридична академія» «Стан, тенденції та перспективи розвитку кримінального права у XXI столітті» на 2016-2020 роки як складової плану науково-дослідної роботи Національного університету «Одеська юридична академія» «Стратегія інтеграційного розвитку України: правовий та культурний вимір» (державний реєстраційний номер 0116U001842) на 2016-2020 роки.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є визначення правової природи та видів примусових заходів медичного характеру, а також внесення теоретично обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення чинного кримінального законодавства в цій сфері.

Для досягнення поставленої мети в дисертації вирішувалися такі завдання:

розглянути в історико - правовому та порівняльно-правовому аспектах проблеми застосування примусових заходів медичного характеру;

дослідити правову природу примусових заходів медичного характеру;

визначити підстави, цілі та види примусових заходів медичного характеру;

проаналізувати статистичні данні про стан, динаміку, рівень злочинності осіб, що мають психічні захворювання;

з'ясувати особливості особистості, що має психічні аномалії, встановити її типологічні класифікації та характеристики;

виявити обставини, що впливають на вчинення особами з відхиленнями у психіці суспільно небезпечних діянь;

розглянути питання, пов'язані із застосуванням, призначенням, зміною або припиненням примусових заходів медичного характеру;

розробити пропозиції щодо вдосконалення кримінально-правового регулювання примусових заходів медичного характеру.

Об'єктом дослідження є правовідносини, що виникають у зв'язку із застосуванням примусових заходів медичного характеру.

Предметом дослідження є правова природа та види примусових заходів медичного характеру.

Методи дослідження. При підготовці роботи в якості загальнонаукових методів дослідження застосовувалися: діалектичний метод, за допомогою якого досліджено поняття та правова природа примусових заходів медичного характеру (підрозділ 1.2); історико-правовий метод – для вивчення розвитку законодавства про примусові заходи медичного характеру (підрозділ 1.1); порівняльно-правовий метод – у процесі порівняння норм Кримінального кодексу України (далі – КК України) з нормами законодавчих актів окремих зарубіжних країн (підрозділи 1.1, 2.2); соціологічний метод – при аналізі даних анкетування співробітників правоохоронних органів та лікарів-психіатрів (підрозділи 1.3, 3.1, 3.2); логіко-юридичний метод – при аналізі й тлумаченні правових норм стосовно примусових заходів медичного характеру, вивченні таких науково-теоретичних категорій, як «осудність», «неосудність», «обмежена осудність» (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3).

Емпіричну базу дослідження становлять: узагальнення відомостей про суспільно небезпечні діяння, вчинені особами, визнаними неосудними,

обмежено осудними, а також особами, які захворіли психічними розладами до постановлення вироку суду або під час відбування покарання: усього було проанкетовано 167 респондентів (судді, прокурори, лікарі-психіатри) на предмет доцільності внесення змін до КК України щодо примусових заходів медичного характеру; матеріали судової практики (рішення суддів різних рівнів і регіонів відносно застосування примусових заходів медичного характеру за 2006-2014 роки).

Наукова новизна одержаних результатів Дисертація є першим у сучасній вітчизняній науці кримінального права спеціальним комплексним дослідженням правової природи та видів примусових заходів медичного характеру.

Наукова новизна дослідження конкретизується в одержаних наукових результатах, сформульованих у теоретичних та практичних висновках та пропозиціях, зокрема:

вперше:

викладено наукові підходи до визначення правової природи примусових заходів медичного характеру. Встановлено, що за своєю правовою природою примусові заходи медичного характеру є заходами безпеки, сутність яких полягає в примусовому лікуванні осіб, які вчинили суспільно-небезпечні діяння і представляють небезпеку за своїм психічним станом;

сформульовано положення про розподіл кримінально-правових заходів не за схемою «покарання та інші заходи», а залежно від суті та призначення відповідних заходів – на каральні та некаральні. Перша група заходів – система заходів кримінально-правового впливу (система каральних заходів), яка включає кримінальне покарання, умовне засудження і різні види звільнення від кримінального покарання. Зазначені заходи об'єднує єдина каральна сутність: усі вони є різними формами реакції держави на вчинення злочину; застосовуються за вчинення злочинів; призначаються з урахуванням ступеню та характеру суспільної небезпеки заради кримінально-правових цілей,

відновлення соціальної справедливості; виправлення засудженого і попередження нових злочинів. Друга група заходів – система заходів безпеки в кримінальному праві, або інакше – «інші заходи кримінально-правового характеру» (система некаральних заходів), яка включає медичні та інші заходи безпеки, що мають некаральну суть, які застосовуються не за вчинення злочину, а у зв'язку зі здійсненням забороненого кримінальним законом суспільно небезпечного діяння до особи, яка його вчинила, в цілях забезпечення її безпеки та безпеки суспільства в цілому, її лікування та ресоціалізації. Окрім заходів медичного характеру, до вказаної групи можуть бути віднесені примусове лікування, примусові заходи виховного характеру та спеціальна конфіскація;

обґрунтовано пропозицію про доповнення ст. 92 КК України частиною другою наступного змісту: «2. Підставою застосування примусових заходів медичного характеру є суспільно небезпечне діяння, що вчинене особою, яка має психічне захворювання та потребує медичної допомоги. Якщо вона завдає або має намір завдати шкоди собі, оточуючим або охоронюваним законом правам та інтересам особи або держави, а також коли існує реальна можливість заподіяння такої шкоди цією особою»;

запропоновано доповнити частину другу ст. 76 КК України пунктом 7 наступного змісту: «7) відстрочити виконання покарання відносно осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння, але захворіли психічним розладом після вчинення злочину довилікування психічного захворювання або покращення психічного стану»;

аргументовано необхідність уточнення частини першої ст. 95 КК України та викладення її в наступній редакції: «1. Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за поданням правоохоронного органу, а також за висновком комісії лікарів-психіатрів про необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру»;

вдосконалено:

визначення цілей застосування примусових заходів медичного характеру в частині виокремлення додаткових цілей, а саме: охорона особистості психічно хворих, яка полягає у недопущенні самогубства психічно хворого або заподіяння ним шкоди своєму здоров'ю, а також у захисті життя, здоров'я, честі та гідності психічно хворого від протиправних дій з боку третіх осіб; виправлення обмежено осудних осіб, яким примусові заходи медичного характеру призначені поряд з покаранням;

загальні принципи застосування, призначення, зміни, продовження та припинення примусових заходів медичного характеру, що виражається у виокремленні двох обставин 1) характеристиці суспільно небезпечного діяння (юридичний критерій) – небезпека для оточуючих; 2) характеристиці психічного захворювання особи (медичний критерій) – небезпека для життя та здоров'я психічно хворого;

набуло подальшого розвитку:

положення про медичний та юридичний критерії примусових заходів медичного характеру в частині того, що медичний критерій повинен встановлюватися експертами-психіатрами, а юридичний критерій аналізуватися органом досудового слідства і судом в сукупності з усіма зібраними матеріалами кримінального провадження. Встановлення юридичного критерію дозволяє провести відмежування осудності і обмеженої осудності від неосудності;

положення про необхідність віднесення наркоманії та алкоголізму до переліку небезпечних хворіб.

Практичне значення отриманих результатів. Основні положення та висновки, викладені в дисертації, можуть бути використані у:

науково-дослідній сфері – для подальших теоретичних розробок застосування примусових заходів медичного характеру;

правотворчій діяльності – при розробці пропозицій щодо вдосконалення кримінального, кримінально-виконавчого, кримінально-процесуального законодавства України, Закону «Про психіатричну допомогу» в частині регулювання примусових заходів медичного характеру;

правозастосовчій діяльності – для вдосконалення практики застосування норм чинного законодавства про примусові заходи медичного характеру судовими, правоохоронними органами, психіатричними закладами;

навчальному процесі – при викладанні нормативного курсу «Кримінальне право України», спеціального курсу «Практика призначення кримінального покарання та інших заходів кримінально-правового впливу», а також при підготовці методичних матеріалів, підручників, наукових посібників із зазначених дисциплін.

Апробація результатів дослідження. Дисертацію виконано й обговорено на кафедрі кримінального права Національного університету «Одеська юридична академія».

Результати дисертаційного дослідження доповідались на наукових та науково-практичних конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції «Законодавство України у світлі сучасних активних реформаційних процесів» (11-12 жовтня 2013 р., м. Київ); Международной научно-практической конференции «Приоритетные направления модернизации системы права Украины» (11-12 октября 2013 г., г. Симферополь); Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми розвитку та взаємодії публічного та приватного права» (22-23 березня 2013 р., м. Львів); Міжнародній науково-практичній конференції «Рівень ефективності та необхідність впливу юридичної науки на нормотворчу діяльність та юридичну практику» (23-24 березня 2013 р., м. Донецьк); Міжнародній науково-практичній конференції «Реформування законодавства України та розвиток суспільних відносин в Україні» (30-31 березня 2013 р., м. Ужгород); Міжнародній науково-практичній конференції «Правова система України:

сучасні тенденції та фактори розвитку» (31 січня – 1 лютого 2014 р., м. Запоріжжя).

Публікації. Основні теоретичні положення і висновки дисертації викладені у 13 наукових публікаціях, у тому числі 6 наукових статтях, опублікованих у фахових виданнях, перелік яких затверджений МОН України, 1 науковій статті, опублікованій у зарубіжному періодичному виданні, 6 тезах доповідей на наукових та науково-практичних конференціях.

Структура та обсяг дисертації складається зі вступу, трьох розділів, що містять дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних джерел (170 найменувань) та 1 додатку.

Загальний обсяг дисертації становить 189 сторінок, з яких основного тексту – 170 сторінок.

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛЬНА ОБУМОВЛЕНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНСТИТУТУ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

1.1. Розвиток законодавства про примусові заходи медичного характеру

Зі зміною підходів до розуміння психічних розладів відповідно змінювалося і ставлення до поведінки психічно хворих, а також до їх лікування. У становленні інституту примусових заходів медичного характеру слід виділити такі основні етапи.

Перший етап можна йменувати донауковим, оскільки він починається з давніх часів, коли науки ще не існувало, і закінчується з початком розвитку медицини в межах натурфілософії. Існування міфологічного світогляду зумовило своєрідне ставлення до психічного захворювання як до покарання богів. Відповідно таким особам не надавалася й медична допомога, а вважалося, що для лікування від хвороби потрібно «улестити» богів. Перші спогади про правові наслідки психічних захворювань зустрічаються в різних стародавніх правових актах. Питання лікування, в тому числі примусового, в них не закріплювалися. Так, за законами Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) договір купівлі-продажу раба міг бути розірваний, якщо протягом місяця після його укладення у раба виявиться хвороба «бенну» (епілепсія), а в законодавстві Соломона (VI ст. до н.е.) містилася вказівка про невизнання заповітів божевільних [156, с. 18]. У Дигестах Юстиніана (VI ст. до н.е.) зазначалося про звільнення божевільних від покарання за вбивство: «достатньо того, що він покараний своїм божевіллям» [54, с. 260].

Другий період, пов'язаний з розвитком медицини в межах натурфілософії, починається приблизно з V ст. до н.е. На відміну від донаукового періоду з'являються перші спроби пояснити психічну хворобу саме з медичних, а не міфологічних позицій. Відповідно змінюються й підходи

до лікування, вперше з'являються спроби надати психічно хворим медичну допомогу. Велику роль у цьому відіграла Мілетська школа філософів (Фалес, Анаксимандр і Анаксимен). Під впливом матеріалістичних поглядів указаних мислителів, давньогрецький філософ Алкмеон Кротонський першим відкрив зорові нерви і вказав на їх зв'язок з головним мозком, в якому фіксуються слухові, зорові та інші почуття, з яких і народжуються наші уявлення і знання [156, с. 25]. Це відкриття набуло свого подальшого розвитку у вченні Гіппократа, який розглядав причину психічних хворіб, захворювання головного мозку. Він спробував лікувати психічно хворих: у разі домінування меланхолічного темпераменту рекомендував вдаватися до відволікаючої терапії шляхом застосування кровопускань, блювотних засобів, суворої дієти. А при деяких захворюваннях направляв хворих до Понтійських боліт, де вони заражалися лихоманкою і виліковувались від першої хвороби [156, с. 25]. З'являється й релігійне обґрунтування необхідності лікування та поважного ставлення до лікаря.

Початок третього періоду пов'язаний з настанням середньовіччя. Він відрізняється регресом наукової думки на стадію донаукового світогляду, в тому числі це стосується й медицини. Причиною цьому стає домінування теологічного світогляду. Особливістю цього періоду є різне ставлення до психічних хворих на Русі і в державах Західної Європи. В першу чергу такі відмінності пов'язані з відмінностями в релігії (православ'я на Русі та католицизм у Західній Європі). Країни Західної Європи захопила хвиля масових катувань і спалювання психічно хворих за звинуваченням у чаклунстві та зв'язках з нечистою силою, які ініціювалися й проводилися інквізицією. У силу своїх особливостей психічно хворі частіше, ніж психічно здорові, ставали жертвами інквізиторів, наприклад: хворі з маренням самозвинувачення, які вважали, що нібито винні в чаклунстві. Страти на багатті єретиків почалися в першій чверті XIII століття, а остання страта відбулася в 1826 році у Валенсії.

Один з відомих інквізиторів Торквемада в період з 1483 по 1498 рр. особисто відправив на вогонь більш ніж десять тисяч осіб [54, с. 260].

Прийняття православ'я на Русі в 988 р. зумовило зовсім інший шлях перебудови держави і відповідно зовсім протилежне ставлення до психічно хворих, хоча у той час і траплялись випадки жорстокого поводження. Психічні хвороби також пов'язували з одержимістю бісами або злими духами. Уже в X ст. за статутом Володимира Великого передбачалося, що церква повинна надавати притулки вдовам, сиротам і божевільним [156 с. 35]. У Судному законі князя Володимира Мономаха в главі «Про заповіт» містилася вказівка про виключення «біснுவатих» з числа свідків. У 1551 р. Іван Грозний закріпив за Священним синодом обов'язок поміщення божевільних в монастирі [25, с. 38].

Місцем утримання психічних хворих стали монастирі, наприклад, Києво-Печерський монастир. Роль лікаря виконували монахи, лікування здійснювалося шляхом молитви – так звана вичитка біснуватих (в католицизмі – екзерцизм). Для цього в розпорядженні монаха були спеціальні молитви. Проведення вичитки дозволялося не всім монахам, а лише тим, які мали на це спеціальний дозвіл. Також для лікування використовувався і піст, який передбачав, у першу чергу, повне обмеження від м'ясної та іншої тваринної їжі. У XI-XII ст. ст. набув поширення «Шестиднеє» Іоанна Екзарха Болгарського, за яким «хворим буйством» заборонялося вживати їжу, що містила кров живих істот. Суспільно небезпечних хворих тримали в кайданах.

Але для лікування психічних хворіб (епілепсії, непритомності, головного болю тощо) на Русі активно використовували різні трави, корінь, листя і плоди різних рослин, а також органи і тканини тварин. Лікарі того часу намагалися не тільки діагностувати хворобу, а також, використовуючи накопичений емпіричний досвід, який систематизувався у лікарських книгах, – їх лікувати. Відзначені лікарські засоби того часу були близькі за своїми властивостями до сучасних біогенних стимуляторів [10, с. 133].

Останній факт спростовує існуючу в юридичній і медичній літературі, особливо радянського періоду, думку про те, що нібито теологічний світогляд розглянутого періоду гальмував науковий прогрес, у тому числі медичний. Як бачимо, православ'я не тільки не забороняло, але й заохочувало поєднання духовних і тілесних засобів лікування. Підтвердженням цьому є також і вищенаведена цитата зі Старого Завіту.

Особливістю зазначеного періоду стає поширення юродства, яке з'являється в XIII ст. і зникає майже в XVIII ст. через боротьбу з цим явищем Петра I, одночасно припиняється й їх канонізація. Дослідники відзначають, що можливо не всі юродиві були психічно хворими [25, с. 39]. Незважаючи на зовнішні прояви безумства, вони користувалися великою любов'ю серед народу, їх не поміщали в примусовому порядку в монастирі для лікування. З ними рахувалися навіть вельможі, наприклад, юродивий міг скористатися притулком навіть у князя, або, наприклад, відомий з історії факт, коли юродивий Микола (Псковський) врятував від гніву Івана Грозного своє рідне місто, жителям якого загрожувала страта.

Починаючи з XVIII ст. у період боротьби з юродством багато з них змушені були жити в монастирях. Так, юродивого Алексія Стефановича (середина XVIII ст.) Єпархіальна влада помістила в Борисоглібський монастир «за вчинки, які скоював в стані недоумства, поки не прийде до тями» [54, с. 263]. Але серед простого народу юродиві не втратили свою шану.

У цей період були прихильники і соматичного підходу до психічних хворіб з відповідними методами лікування. Так, у XVI ст. влаштовувалися спеціальні печі, в які поміщали хворого, тривале обливання холодною водою, кровопускання, обертання тіла в спеціальному пристрої [54, с. 264].

Після входження України під протекторат Російської імперії 1654 р. на її територію починає розповсюджуватися дія Соборного уложення 1649 р., що звільняло психічно хворого від відповідальності за вбивство [54, с. 264]. Аналогічний підхід містився і в згодом прийнятих (у 1669 р.) «Новоуказних

статтях про татєбні, розбійні та вбивчі справи», в яких зазначалося: «Якщо біснуватий вб'є, то є невинним у смерті». Теологічний підхід до причин безумства в цей період обумовлював, що і огляд, і лікування психічно хворих здійснювалося монахами. Разом з тим перша експертиза, яку проводили лікарі, відбулася в 1690 році, коли в м. Вязьма затримали жебрака, який заявив, що він син царя «а живе він на небесах і ходить на небеса в отвір, а приймають його ангели». Його піддали огляду з боку дипломованих лікарів, кожен з яких надав свій висновок латинською і грецькою мовами, підекспертного визнали душевнохворим, який страждає на меланхолію [54, с. 265].

Четвертий період розвитку починається в XVIII ст. Підставою для виділення цього етапу стали суттєві позитивні зміни у поводженні з психічно хворими. В Європі з'являються перші лікарні для психічно хворих, змінюється і саме ставлення до психічно хворих, яке стає більш гуманним. Це пов'язано як з досягненнями в галузі медицини, так і з початком Великої Французької революції, яка поклала початок ідеям гуманізму, що стали проникати і в галузь психіатрії. Цей період пов'язаний з ім'ям видатного французького лікаря Піннеля, який вперше проголосив принцип лікування психічно хворих. Він розпорядився про зняття кайданів з психічно хворих [156, с. 46].

У 1722 р. Петро I видає Указ «Про освідкування дурнів у сенаті». У ньому йшлося про огляд дітей дворян, які з різних причин, у тому числі, посиленням на слабоумство, ухилялися від державної служби. Огляд дворян у Сенаті для визнання їх душевнохворими проводився до 1815 р. [121, с. 19]. Уперше Петром I було запропоновано необхідність створення спеціальних лікарень для психічно хворих. Петро I своїм Указом в 1723 р. розпорядився створити відповідні лікарні та заборонив поміщати їх до монастирів. Але через низький рівень медицини цей Указ не був втілений у життя, психічно хворі й надалі утримувалися в монастирях [121, с. 35]. Аналогічний Указ в 1762 р. Петра III про створення особливих будинків для божевільних також не мав практичного застосування [121, с. 38].

Існуючий стан дещо змінився з виданням у 1776 р. Катериною II спеціального Указу, який вимагав утримувати душевнохворих злочинців у Суздальському монастирі не закутими і поводитися з ними «з можливою людською помірністю» [10, с. 43]. Перший будинок для душевнохворих побудували в 1776 р. у Новгороді, потім у Москві та інших губернських містах [72, с. 13]. Одночасно застосовувалися і заходи до виявлення психічно хворих з метою недопущення вчинення ними суспільно небезпечних діянь. У 1767 р. був виданий іменний Указ Катерини II про те, щоб мешканці Санкт-Петербурга в обов'язковому порядку повідомляли в поліцію про всіх божевільних, які проживають у будинках, особливо про тих, які «спричиняють неспокій та займаються дивакуватими справами». У разі вчинення суспільно небезпечного діяння таким хворим, якщо той не був зареєстрований в поліції, власникові будинку загрожував значний штраф [72, с. 13].

Указ імператора Олександра I від 1801р. «Про невіддання до суду пошкоджених в розумі людей, які вчинили в такому стані вбивство» вимагав упевнитися за допомогою поліції та лікарської управи в реальності «пошкодження розуму» злочинця, що звільняло його від суду й обумовлювало поміщення в «будинок божевільних». Поступово ці будинки перетворювалися на заклади, які можна було назвати психіатричними лікарнями [109, с. 41].

П'ятий період розвитку інституту примусових заходів медичного характеру пов'язується з початком XIX ст. та характеризується низкою новацій, а саме: назву «божевільний будинок» замінено на «лікарню»; введені історії хвороби на кожного психічно хворого і річний звіт про стан здоров'я; серед хворих заохочувались заняття і розваги [109, с. 46]. А з другої половини XIX ст. і особливо після земських реформ поступово стала створюватися мережа державних і земських психіатричних лікарень, які ставали клінічними базами наукового дослідження психічних розладів [109, с. 42].

Такі зміни стали можливими завдяки відомим психіатрам того часу. Зокрема, великий вплив на реформування психіатричної системи мали погляди,

що відстоював у 30-х рр. XIX ст. відомий англійський лікар Коннолі, який висунув новий принцип надання психіатричної допомоги: «не утискуючи» щодо утримання психічно хворих у стаціонарах. Він виступав проти гамівних сорочок і зв'язування хворих. Ідеї Коннолі в Росії активно намагався впроваджувати відомий психіатр С. Корсаков. На цей період в Україні вже діяли 34 психіатричних лікарні, які фінансувалися за рахунок органів місцевого самоврядування [109, с. 47].

У 1827 р. Державна рада встановила правила виписки з психіатричних лікарень осіб, які скоїли вбивства. Такі особи могли бути виписані по закінченню п'яти років за відсутності ознак психічної хвороби з дозволу МВС. У виняткових випадках за поруки впливових осіб допускалося скорочення п'ятирічного терміну [109, с. 51].

Подальший розвиток законодавства про примусові заходи медичного характеру пов'язаний з прийняттям Зводу законів у 1832 р., який передбачав звільнення психічно хворих від кримінальної відповідальності не тільки за вбивства, але й за будь-які злочини. Особливо важно відзначити, що у Зводі вперше згадувалося про примусове лікування осіб, які скоїли вбивство в стані безумства [109, с. 66]. Зазначених осіб пропонувалося утримувати та лікувати окремо від інших божевільних у спеціальному відділенні будинків божевільних [109, с. 68]. У Зводі зазначалося, що якщо упродовж п'яти років у хворого не будуть помічені випадки безумства, він може бути звільнений з лікарні під поручництво сім'ї або сторонніх осіб, але в кожному випадку з дозволу Міністерства внутрішніх справ. При цьому має бути встановлено повну довіру до особи поручника. Законом від 1838 р. цей термін був скорочений до двох років [109, с. 71].

«Уклад про покарання кримінальні та виконавчі» в 1845 р. значно розширив коло непідсудних, виділивши три форми психічних розладів: хронічні – «божевілля і слабоумство» (ст. 95); тимчасові – «випадки запаморочення й абсолютне безпам'ятство (ст. 96); інші розлади психічної

діяльності в результаті старості, лунатизму, які позбавляють особу «належного розуміння» (ст. 97) [72, с. 27]. Відповідно розширилося й коло осіб, до яких могли застосовуватися примусові заходи медичного характеру. Статтею 102 зазначеного документа передбачалася можливість передачі хворих, які скоїли злочини в точно доведеному випадку запаморочення або абсолютного безпам'ятства, батькам, родичам, опікунам або навіть стороннім, які бажали взяти хворого під свою опіку. У разі недостатньої надійності опікуна, коли від нього не можна було чекати точного виконання покладених на нього зобов'язань, хворого для лікування та нагляду за ним примусово поміщали в лікарню, де він і залишався до повного одужання [72, с. 32]. Але опікунство поширювалася не на всі категорії психічно хворих. Поміщенню в будинок божевільних підлягали особи, які скоїли вбивство, замах на власне життя і підпал, незалежно від того, чи згодні родичі взяти їх під опіку, доглядати за ними і лікувати їх [72, с. 48].

Нерозумні й недоумкуваті, які скоїли вбивство, замах на вбивство, посягання на власне життя і підпал, у примусовому порядку поміщалися у вказані будинки терміном на два роки. Цей термін міг бути скорочений за відсутності суспільної небезпеки хворого і вирішенні питання про передачу його під нагляд особам, які заслуговують на довіру. Підставою для продовження терміну примусового лікування були випадки, які свідчили про небезпеку хворого для оточуючих. У випадку загострення хвороби, лікування зазначених хворих ставало довічним [77, с. 16].

Крім цього, ст. 103 зазначеного акту надавала можливість поширення правил ст. 102 на осіб, які втратили розумові здібності і розум в результаті старості, і на лунатиків, які в випадку свого нервового розладу діяли без належного розуміння, тобто таких хворих віддавали на піклування або поміщали в один із закладів для огляду [54, с. 261].

Як бачимо, сам термін примусового лікування в законодавстві того часу ще не встановлювався, хоча фактично можна говорити, що цей інститут уже

діяв, оскільки законом передбачалася обов'язкова госпіталізація деяких категорій небезпечних хворих.

Кримінальне уложення 1903 р. закріпило новий підхід до визначення категорії осіб, які звільнялися від відповідальності через наявне психічне захворювання. Статтею 93 передбачалося, що не відноситься до вини злочинне діяння, вчинене особою, яка під час його вчинення не могла розуміти властивості та значення діяння, що нею скоюється, керувати своїми вчинками внаслідок хворобливого розладу душевної діяльності або запаморочного стану, або ж розумової відсталості, яка виникла в результаті тілесних вад або хвороби. У випадках, коли залишення такої особи без особливого нагляду суд визнає небезпечним, він віддає цю особу під відповідальний нагляд батькам або іншим особам, які висловлять бажання взяти її під свою опіку, або поміщають її до лікувального закладу [54, с. 263].

Наступним, шостим етапом в еволюції інституту примусових заходів медичного характеру, стало кримінальне законодавство УРСР радянського періоду. Керівні засади Кримінального кодексу РРФСР 1919 р., а потім кримінальних кодексів 1922 і 1927 рр. також, як і законодавство царської Росії, виключали можливість притягнення до кримінальної відповідальності осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності, та передбачали можливість їх примусового медичного лікування. Хоча саме поняття неосудності з'явилося вперше лише в КК УРСР 1960 р.

Керівні засади КК РРФСР 1919 р. передбачали можливість застосування до психічно хворих, які скоїли протиправне діяння, «примусових заходів медичного характеру», а КК УРСР 1922 р. – поміщення в заклад для розумово чи морально дефективних і примусове лікування.

КК УРСР 1927 р. (ст. 23) передбачав можливість застосування «медичних заходів соціального захисту»: 1) примусове лікування; 2) поміщення в медичні установи. При цьому ст. 25 Кодексу надавалася можливість застосовувати

заходи соціального захисту «відповідним органам перед судовим розглядом» [47, с. 22].

Це призвело до того, що вказані особи направлялися на примусове лікування не тільки судом, але й слідчим, у тому числі без призначення судово-психіатричної експертизи. Психіатри, в свою чергу, виписували хворих без рішення суду. І тільки прийняття Інструкції НКЮ та НКОЗ РРФСР від 17 лютого 1935 р. «Про порядок призначення проведення примусового лікування психічно хворих, які скоїли злочини» виправило таке становище, зокрема п. 1 цієї Інструкції передбачав, що призначення і припинення примусового лікування відносяться до компетенції суду [109, с. 41].

КК УРСР 1960 р. також передбачав два види примусових заходів медичного характеру: 1) поміщення в психіатричну лікарню загального типу; 2) поміщення в психіатричну лікарню спеціального типу [146, с. 66]. Як критерій для диференціації заходів виступала ступінь суспільної небезпеки психічно хворого.

10 лютого 1988 р. Указом ПВР УРСР до КК УРСР були внесені зміни – з'явився ще один вид примусових заходів медичного характеру і уточнені види нагляду: 1) психіатричні заклади зі звичайним наглядом; 2) психіатричні заклади з посиленням наглядом; 3) психіатричні заклади з суворим наглядом [100, ст. 212].

Психіатричні заклади третього проміжного рівня – психіатричні лікарні з посиленням наглядом – були створені під гаслом гуманного ставлення до психічно хворих. Але зазначені зміни не тільки не покращили становище психічно хворих, але й призвели до грубого порушення їх прав і свобод.

Одним із прогресивних кроків у галузі надання психіатричної допомоги стало прийняття в 2000 р. Закону України «Про психіатричну допомогу». Вперше підстави та інші питання, пов'язані з госпіталізацією особи до психіатричного закладу, стали регламентуватися законом. До цього часу такі питання регулювалися різними відомчими документами. Наприклад, остання

Інструкція про організацію взаємодії органів охорони здоров'я та органів внутрішніх справ щодо попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих була затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР і Міністерства внутрішніх справ СРСР №93 від 05 травня 1988 р. [34], передбачала, що підставою для госпіталізації особи до психіатричної лікарні є рішення лікаря-психіатра (п. 1.5). Таке рішення не підлягало ніякому санкціонуванню або погодженню з контролюючими або наглядовими державними органами, що відкривало широкі можливості для всіляких зловживань. Тому слід відзначити деякі позитивні зміни в цих питаннях.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.01.2007 р. №20 було затверджено Інструкцію з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги [101]. Інструкцією передбачено, що навіть для здійснення диспансерного нагляду за особами з психічними розладами які страждають на тяжкі психічні розлади, унаслідок чого вони можуть завдати значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану в разі ненадання їм психіатричної допомоги, та яким амбулаторна психіатрична допомога надається без їх усвідомленої згоди або без згоди їх законних представників за рішенням суду (п. 4.2).

Початок сьомого етапу пов'язаний з набуттям Україною статусу незалежної держави. У КК України 2001 р. [46] детальніше врегульовано інститут примусових заходів медичного характеру, зокрема, з'явилося законодавче визначення цілей цих заходів, а також вперше на законодавчому рівні вирішено питання продовження, зміни та припинення примусових заходів медичного характеру.

У розділі 14 КК України 2001 р. передбачено інститут примусових заходів медичного характеру та примусове лікування.

Примусові заходи медичного характеру в КК України 2001р. фактично засновані на положеннях КК 1960 р., без урахування потреб демократичної

спрямованості нового кримінального законодавства, необхідності збільшення витрат державних коштів на утримання психіатричних стаціонарів. Розробники Кодексу, дотримуючись традицій, запропонували наступний розподіл видів примусових заходів медичного характеру:

- 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- 4) госпіталізація до психіатричного закладу із суворим спостереженням.

Види примусових заходів медичного характеру доповнені лише таким видом, як надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. У Кодексі відсутні підстави застосування примусових заходів медичного характеру, норма щодо зарахування часу застосування примусових заходів медичного характеру. Для порівняння необхідно зазначити, що, наприклад, за кримінальним законодавством Азербайджанської Республіки, Грузії, Республіки Казахстан та деяких інших зарубіжних країн, види примусових заходів медичного характеру залишилися в колишній редакції, як і в КК України 2001 р.

У ст. 93 КК Республіки Узбекистану 1994 р. передбачені такі види примусових заходів медичного характеру:

- 1) примусове амбулаторне спостереження і лікування у психіатра;
- 2) примусове лікування в психіатричній лікарні загального типу;
- 3) примусове лікування в психіатричній лікарні загального типу з утриманням в спеціалізованому реабілітаційному відділенні;
- 4) примусове лікування в психіатричній лікарні загального типу або відділенні з інтенсивним спостереженням.

У КК Російської Федерації 1996 р. закріплені такі види примусових заходів медичного характеру:

- 1) амбулаторне примусове спостереження і лікування у психіатра;

- 2) примусове лікування в психіатричному стаціонарі загального типу;
- 3) примусове лікування в психіатричному стаціонарі спеціалізованого типу;
- 4) примусове лікування в психіатричному стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням [144].

У відповідних правових нормах сформульовані цілі, загальні підстави застосування примусових заходів медичного характеру, передбачено їх призначення, продовження, зміна та припинення.

Аналогічні види і певною мірою підстави, цілі та питання продовження, зміни та припинення застосування примусових заходів медичного характеру закріплені, наприклад, і в КК Республіки Азербайджан, Грузії, Республіки Узбекистан, Республіки Казахстан [143, 133, 140, 141].

Цікавими прикладами, спрямованими на справжню демократизацію і гуманізацію національного законодавства, є концепції застосування примусових заходів медичного характеру в кримінальних кодексах держав, де ставиться завдання охорони, в першу чергу, від злочинних зазіхань особи, її прав і свобод, де пріоритетом є особистість, а потім інтереси держави. Це держави, в яких законодавство засноване на конституціях та загальновизнаних нормах міжнародного права, а саме: Республіка Болгарія, Данія, Голландія, Іспанія, Латвійська Республіка, Республіка Польща, Швеція та ін.

Так, в законодавстві Республіки Болгарія виділяють такі примусові медичні заходи (примусові заходи медичного характеру):

- 1) передача на піклування близьким родичам з лікуванням під наглядом в психоневрологічному закладі;
- 2) примусове лікування в звичайному психоневрологічному закладі;
- 3) примусове лікування в спеціальній психіатричній лікарні або в спеціальному відділенні звичайного психоневрологічного закладу [139].

Відповідні статті Загальної частини Наказательного кодексу Республіки Болгарія передбачають і припинення, і продовження застосування примусових заходів медичного характеру тощо.

У §68 КК Данії зазначається: «...до особи, яка згідно з §16 визнана обмежено осудною або неосудною, відповідно враховуючи такі чинники, як ступінь тяжкості вчиненого діяння, загроза здоров'ю чи свободи інших осіб, ступінь психічного розладу, можуть бути застосовані такі примусові заходи медичного характеру: піклування; визначення місця проживання або роботи; лікування від наркотичної або алкогольної залежності; психіатричне лікування; поміщення в належний будинок або установу для отримання необхідного догляду або занепокоєння. За звичайних умов термін перебування у відповідних установах не повинен перевищувати один рік» [135].

Статтею 37 d КК Голландії передбачено такі види примусового лікування: а) приватні установи під управлінням юридичної особи, утворені в Голландії; б) державні установи. Водночас надається перевага лікуванню у приватних установах.

Надалі слід зазначити, що термін лікування становить два роки, він може продовжуватися ще на один або два роки, якщо безпека людей або власності потребує цього. У разі призначення примусового лікування особі за злочин, який загрожував фізичній недоторканності одній або більше особам і коли є загроза безпеці людей, термін лікування може бути кожного разу продовжений. Витрати на огляд і лікування осіб, які перебувають на примусовому лікуванні, повинні оплачуватися державою, якщо інше не передбачено іншим законом [134].

У КК Іспанії 1995 року закріплені такі заходи медичного характеру:

- 1) поміщення в психіатричний центр;
- 2) поміщення у відновлювальний центр;
- 3) поміщення в спеціальний виховний центр [136]

Поміщення у відновлювальний центр особи, яка перебувала під час вчинення злочину в стані сильного алкогольного отруєння, під впливом токсичних або одурманюючих наркотичних засобів, психотропних речовин, за вироком суду або трибуналу Іспанії може бути поміщений не тільки до державного, а й до приватного центру.

До спеціального виховного центру особа поміщається в разі відповідних умов, але на строк не більше, ніж передбачений термін позбавлення волі за скоєний злочин за вироком суду або трибуналу Іспанії.

У разі, якщо за скоєний злочин психічно хворій особі не передбачається позбавлення волі, може бути призначена міра безпеки, а саме лікування в медичних центрах або соціальних медичних установах, але на строк не більше 5 років.

Статтею 68 КК Латвійської Республіки передбачені такі види примусових заходів медичного характеру:

- 1) амбулаторне лікування в медичній установі;
- 2) лікування в психіатричній лікарні (відділенні) загального типу;
- 3) лікування в спеціалізованій психіатричній лікарні (відділенні) під охороною [137].

Слід зазначити, що на відміну від кримінальних кодексів Болгарії, Данії, Голландії, Польщі, Швеції та деяких інших країн, латвійський законодавець фактично ототожнює поняття «примусові заходи медичного характеру» і «примусове лікування».

У кримінальному законодавстві Республіки Польща передбачені лише закриті лікувальні або психіатричні лікувальні установи, тобто за необхідності особа лікується амбулаторно під наглядом лікарів, родичів або опікунів, а в разі більш тяжких психічних захворювань – поміщається в закритий лікувальний або психіатричний заклад.

Ось як визначаються деякі аспекти примусового медичного лікування за у ст. 93 КК Республіки Польща: «Суд може призначити захід безпеки, який

передбачається в даному розділі, пов'язаний з направленням до закритого лікувального закладу тільки в тому випадку, коли це необхідно для запобігання повторного вчинення виконавцем забороненого діяння, пов'язаного з його психічним захворюванням, розумовою відсталістю або залежністю від алкоголю або іншої наркотичної речовини; перед призначенням цих заходів суд заслуховує думку лікарів-психіатрів і психолога».

Згідно з §1 ст. 94 якщо особа, перебуваючи в стані неосудності, зазначеному в §1 ст. 31, вчинила заборонене діяння, яке призвело до значної суспільної шкоди, й існує ймовірність, що вона здійснить таке діяння повторно, суд виносить постанову про поміщення особи у відповідний психіатричний лікувальний заклад.

Час перебування в установі попередньо не визначаються; суд виносить постанову про звільнення особи, якщо її подальше перебування в установі не вважається необхідним (§2).

Суд може постановити знову про поміщення особи, зазначеної в §1, у відповідний психіатричний заклад, якщо в інтересах цього говорять обставини, згадані в §1 або ст. 93; постанова не може бути винесена після закінчення 5 років з моменту звільнення з установи (§3).

У разі вчинення особою забороненого діяння і в стані неосудності §1 ст. 31, суд може призначити в якості заходів безпеки (по закінченні лікування в психіатричному закладі), заборони, передбачені окремими пунктами ст. 39 цього Кодексу, а саме: 1. Заборона займати певну посаду, виконувати певну професію або займатися певною господарською діяльністю; 2. Заборона керувати засобами руху; 3. Конфіскація предметів [142].

КК Швеції (ст. 3) передбачені такі види примусового лікування: «До осіб, які страждають серйозним психічним захворюванням, враховуючи психічний стан і особисті обставини, суд може: 1. Передати особу на судово-психіатричне піклування; 2. Помістити на лікування до психіатричного закладу; 3. Передати

на інше особливе піклування, якщо цього потребують, враховуючи попередню злочинну діяльність обвинувачуваної особи чи інші особливі причини» [149].

Отже, підстави і цілі застосування примусових заходів медичного лікування та види (типи медичних установ) істотно відрізняються від законодавчого регулювання в окремих зарубіжних країнах. Кримінальні закони демократичних, економічно розвинених країн передбачають поміщення осіб, які потребують лікування психічного захворювання, в приватні медичні установи, також у них суттєво обмежено кількість суворих видів примусового лікування.

Враховуючи положення Конституції України про те, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [41], законодавчий досвід розвинених країн щодо підстав і цілей застосування примусових заходів медичного характеру, національне законодавство має прагнути і наближатися до сучасних, світових, цивілізованих вимог і політичних реалій сьогодення.

Отже, повинні враховуватися і фінансові витрати на утримання різних типів психіатричних установ, їх кількості на території країни, кількості медичного та обслуговуючого персоналу тощо.

Аналіз кримінального законодавства України та окремих зарубіжних країн свідчить про те, що в більшості випадків простежуються консервативність, інертність з відданням переваги і збереженням усталених принципів і традицій кримінального права радянського періоду.

Виникають питання, чому в багатьох країнах світу при кращих соціально-економічних умовах, розвиненим демократичним суспільством такі самі психічно хворі особи містяться і лікуються у передбачених законодавством, як правило, двох, рідше трьох типах установ, часто це не тільки психіатричні установи, а амбулаторне лікування, відновлюючі, реабілітаційні центри тощо.

Видається, що законодавець, національна школа кримінального права, українські законодавці, фахівці відповідних відомств, повинні прагнути і

робити все відносно цивілізованого утримання та лікування психічно хворих громадян України, дотримуючись визнаних міжнародних, відповідних санітарно-гігієнічних, терапевтичних та харчових стандартів.

На нашу думку, абсолютно очевидна соціальна, правова та економічна непотрібність, недоцільність такої кількості суворих типів психіатричних установ.

Як бачимо, правовий стан психічно хворих осіб і характер застосованих до них примусових заходів медичного характеру визначається, насамперед, рівнем гуманізації та демократизації суспільного ладу певної країни.

При порівняльному аналізі законодавства щодо психічно хворих в окремих державах звертається увага на те, що законодавство України не приведено у відповідність із міжнародно-правовими актами: Декларацією ООН про права розумово відсталих осіб (резолюція Генеральної Асамблеї ООН №2856 (26) від 20 грудня в 1971 р.), а також Проектом зводу принципів і гарантій захисту психічно хворих осіб і поліпшення неспокою про психічне здоров'я, принципів захисту психічно хворих осіб і покращення психіатричної допомоги (резолюція Генеральної Асамблеї ООН №46/119 від 17 грудня 1991 р), в яких особлива увага приділяється захисту прав і інтересів психічно хворих осіб [31, с. 213].

Порівняльний аналіз законодавства окремих зарубіжних країн дозволяє дійти висновку, що концепція застосування примусових заходів медичного характеру є досить різноманітною і з урахуванням всіх проблем сьогодення (дотримання прав і свобод людини і громадянина, органічного поєднання демократизації та гуманізації законодавства з максимальним наближенням Кодексу до потреб судової та слідчої практики та соціально-економічних питань) у цих країнах, а також в Україні, остаточно не визначена.

1.2. Поняття та правова природа примусових заходів медичного характеру

Будь-які посягання на охоронювані законом соціальні блага і законні інтереси громадян становлять небезпеку для суспільства. Однак характер і ступінь суспільної небезпеки може бути різним, і в зв'язку з чим будуть відрізнятися й допустимі державою методи захисту. Так, наприклад, відповідно до чинного законодавства до осіб, які захворіли психічними розладами і вчинили заборонене кримінальним законом діяння, можуть застосовуватися специфічні заходи державного впливу – примусові заходи медичного характеру.

Слід зазначити, що після прийняття КК України 2001 р. практика застосування примусових заходів медичного характеру і примусового лікування виявила низку прогалин та протиріч між правовими нормами. Кримінально-правові норми потребують свого удосконалення, доповнення і редакційного уточнення з урахуванням розвитку науки кримінального права та досвіду правозастосовчої практики. Слід відзначити, що проблеми застосування примусових заходів медичного характеру досліджувалися в працях таких учених, як Ю.М. Антонян, С.Є. Віцин, Г.М. Зільберблат, П.А. Колмаков, А.А. Музика, Р.І. Міхєєв, А.П. Овчинникова, Б.А. Протченко, С.Л. Шаренко, С.Я. Улицький, А.А. Хомовський та інші, проте ці дослідження переважно ґрунтувалися на нормах кримінального законодавства 1960 р. Тому чимало кримінально-правових проблем все ще залишаються дискусійними [14, с. 142].

У КК України законодавець виділяє спеціальний розділ «Інші заходи кримінально-правового характеру», де містяться норми щодо застосування примусових заходів медичного характеру. Ці норми виступають ефективним засобом захисту суспільства від суспільно небезпечних діянь осіб з психічними розладами та призначаються для здійснення превентивного, виправного, лікувально-реабілітаційного, а також іншого спеціального впливу на осіб з антисоціальною поведінкою.

Поняття «інші заходи кримінально-правового характеру», що використовується у назві розділу 14 КК України, виходить з частини другої ст. 1 Кодексу. В ній сформульовано важливе положення, згідно з яким завдання кримінального законодавства повинні забезпечуватися за допомогою покарання.

Примусові заходи медичного характеру передбачені законом і мають не менш важливе значення, ніж покарання. У теорії кримінального права по-різному визначені правова природа цих заходів, їх сутність, види і значення, а на практиці виникають труднощі з їх застосуванням.

«Згадав» законодавець про невирішеність цього питання лише згодом і лише у зв'язку з необхідністю вирішити інше гостре питання – про внесення до системи кримінальних покарань, у кримінальне законодавство такого заходу, як спеціальна конфіскація. Було визнано доцільним закріпити цей захід у КК України, але не в якості кримінального покарання, а як «інший захід кримінально-правового характеру».

Розділ 14 КК України, що раніше називався «Примусові заходи медичного характеру та примусове лікування», був доповнений нормою про спеціальну конфіскацію і перейменований на «Інші заходи кримінально-правового характеру» [46]. Таким чином, іншими заходами кримінально-правового характеру законодавець визнає такі різні заходи, як примусові заходи медичного характеру та спеціальну конфіскацію.

Таке рішення проблеми навряд чи можна визнати вдалим. Ситуацію в даному аспекті воно не лише не поліпшило, але й істотно погіршило.

По-перше, законодавець як в назві розділу, так і за змістом не врахував (проігнорував) ту обставину, що згідно з положеннями частини другої ст. 1 КК України, які ґрунтуються на принципах справедливості та гуманізму, інші заходи кримінально-правового характеру, як і заходи кримінального покарання, повинні застосовуватися до особи, яка вчинила злочин, і, отже, повинні відповідати характеру та ступеню суспільної небезпеки, обставинам його

здійснення і особі винного. Втім, примусові заходи медичного характеру мають іншу правову природу, інше призначення, підстави, цілі і порядок застосування і тому до вказаних каральних заходів віднесені бути не можуть. Так само і спеціальна конфіскація має іншу правову природу, цілі застосування якої в законі не визначені, але, за сенсом відповідних статей КК України, підстави, цілі і порядок застосування цього заходу також не припускають її застосування в якості кари за те, що особа вчинила злочин і пропорційно тому, що вона вчинила.

По-друге, незрозуміло, чому до числа «інших заходів» не віднесена інша група заходів, які мають важливе значення для реалізації кримінально-правових завдань, передбачених діючим КК України. Йдеться про різні види звільнення від кримінального покарання, умовне засудження та примусові заходи виховного характеру. Вони не тільки юридично, але й фактично складають реальну альтернативу кримінальному покаранню. Враховуючи те, що згідно із законом усі передбачені ним заходи кримінально-правового впливу можуть бути віднесені або до покарання, або до «інших заходів кримінально-правового характеру» (тобто «третього не дано»), належність перерахованих заходів до числа «інших заходів» видається очевидною.

По-третє, викликає заперечення назва розділу 14 КК України «Інші заходи кримінально-правового характеру» із зазначених вище причин, оскільки дисонує як з найважливішими принципами кримінального законодавства, так і зі змістом зазначеного розділу, а також не дозволяє визначити правову природу примусових заходів медичного характеру. Виникає питання: яка ж правова природа примусових заходів медичного характеру, який вони мають характер – кримінально-правовий чи медичний?

Отже, необхідно розглянути правову природу примусових заходів медичного характеру і з'ясувати, чи змінилася вона зі зміною назви розділу 14 КК України.

Визначення поняття примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві, з'ясування правової природи, цілей і правових підстав застосування до осіб, які страждають психічними розладами, має принципове значення для реалізації на практиці законоположень, дотримання та захисту прав і законних інтересів таких осіб. Проблема примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві завжди була в полі зору науковців і практиків. Разом з тим, незважаючи на наукову цінність і практичну значущість відомих робіт з цієї проблеми, вони вже не відображають тих змін, які сталися останніми роками в сучасному суспільстві в процесі реформування кримінального законодавства та вдосконалення правозастосовної практики. Не можуть заповнити прогалину в дослідженні даної проблеми й окремі статті в юридичних журналах.

Звертає на себе увагу й те, що примусовим заходам медичного характеру у кримінальному праві в сучасній навчальній юридичній літературі (в підручниках, курсах лекцій і т. ін.) присвячується не так вже багато уваги, розглядається, в основному, історичний аспект і дається коментар до кримінального закону. На нашу думку, в такому підході до проблеми прослідковується певна недооцінка розглянутого інституту кримінального права.

Виникає питання: що ж являють собою примусові заходи медичного характеру? Яка їх правова природа і цілі застосування до певних категорій осіб? Слід зазначити, що роботи, присвячені даній проблемі, страждають суперечливістю, науковою та практичною вразливістю.

Так, наприклад, одні автори (А.А. Хомовський) висловлювали судження про те, що «примусові заходи медичного характеру за своїм змістом є суто медичними». Вони носять виключно медичний характер [160, с. 1587]. По суті, аналогічну думку з даного питання висловив і С.В. Бородин, який розглядав «примусові заходи медичного характеру» в кримінальному праві як синонім «примусового лікування» [3, с. 40], з чим важко погодитися. Справедливо

вказати, що пізніше автор уточнив свою позицію з даного питання, а саме звернув увагу на двоїстий характер примусових заходів медичного характеру, відзначаючи, що в них поєднуються елементи юридичних і медичних заходів.

Юридичними вони є тому, що їхні цілі, підстави і види, порядок застосування і припинення визначаються кримінальним законом (ст. ст. 19, 20 і ст. ст. 92-96 КК України.); правова процедура призначення і виконання таких заходів регламентована кримінально-процесуальним (ст. ст. 503-516 КПК України) [131] і кримінально-виконавчим законодавством (ст. 21 КВК України) [130]. Медичними примусові заходи медичного характеру зі змістовної сторони є тому, що рекомендації щодо їх застосування дає комісія лікарів-психіатрів, а в передбачених законом випадках, судово-психіатрична, комплексна психолого-психіатрична або геронтолого-психіатрична експертиза (включаючи висновки про діагноз захворювання, призначення і проведення лікування, про необхідні медикаментозні, соціально-реабілітаційні та профілактичні заходи).

Уточнюючи сутнісно-змістовну сторону примусових заходів медичного характеру, В.П. Котов підкреслював, що дійсно вони є заходами примусу, котрі призначаються судом в рамках кримінального права щодо осіб, які вчинили діяння, передбачені статтями Кримінального кодексу, в цьому сенсі їх можна назвати юридичними. Проте зміст цих заходів зводиться до лікування, проведення відновлювальних (реабілітаційних) заходів, а також діагностичних обстежень, клінічного спостереження, госпіталізації. І в цьому сенсі вони є медичними [42, с. 10-14].

Інше судження з цього питання висловив М.Н. Голоднюк, на думку якого «примусові заходи медичного характеру є психіатричним лікуванням і застосовуються до осіб, винних у вчиненні злочину, які страждають певними психічними розладами» [257, с. 38]. На нашу думку, таке визначення примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві дуже вразливе за своєю суттю, формою та змістом.

На думку Р.Р. Галіакбарова, примусові заходи медичного характеру – це заходи державного примусу, передбачені кримінальним законом і застосовуються судом крім кримінального покарання або поряд з ним. Вони виражаються у примусовому лікуванні осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, з поміщенням їх у спеціальні лікувальні установи [23, с. 48]. Обмеження прав особи при їх застосуванні пов'язано з вироком суду. Тому не можна погодитися з А.А. Хомовським у тому, що «не може мати місце застосування примусових заходів медичного характеру поряд з покаранням».

Утім, і визначення поняття категорії «примусові заходи медичного характеру», запропоноване Р.Р. Галіакбаровим, на нашу думку, не повністю відображає специфіку примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві, так як в ньому робиться акцент на державний примус у змісті цих заходів.

Погоджуємося з думкою В.П. Котова, який відзначає, що примусові заходи медичного характеру ні в якому разі не можна трактувати як покарання або його еквівалент, що з усією ясністю впливає з визначення їх цілей, а також підстав для їх застосування, сформульованих у Кримінальному кодексі. Правий він і в тому, що в зв'язку з цим неправомірною буде і постановка питання про пропорційність тривалості примусового лікування або відповідності його виду тяжкості і характеру вчиненого діяння.

На нашу думку, ці характеристики примусових заходів медичного характеру визначаються виключно виходячи з особливостей психічного стану особи та зумовленої цим її небезпеки для суспільства. Тому нерідкі випадки, коли, наприклад, хворий, який вчинив суспільно небезпечне діяння невеликої тяжкості, тривалий час (десять років і більше) знаходиться на примусовому лікуванні, або, навпаки, до особи, яка здійснила тяжкі діяння, примусові заходи взагалі не застосовуються.

Як видається, у визначенні поняття примусових заходів медичного характеру має бути відображені їх специфіка, сутність, зміст і цілі. На нашу

думку, примусові заходи медичного характеру у кримінальному праві – це заходи, які не є покаранням, але в деяких випадках можуть застосовуватися поряд з покаранням, до осіб, які страждають психічними розладами та вчинили суспільно небезпечні діяння, передбачені кримінальним законом, з дотриманням прав і законних інтересів людини і громадянина, з перебуванням осіб у спеціальних медичних установах, під примусовим амбулаторним наглядом або лікуванням у психіатра. Вважається, що медичними за своїм змістом є і заходи безпеки в установах, де проводиться примусове лікування. Детальна правова регламентація медичного аспекту застосування примусових заходів медичного характеру міститься в нормативно-правових актах, що регулюють діяльність правоохоронних органів та органів охорони здоров'я.

Сучасний етап розвитку кримінального права України вимагає комплексного підходу до розгляду правової природи примусових заходів медичного характеру.

Правова природа примусових заходів медичного характеру відображає сутність, змістовну сторону і в кінцевому підсумку правову значимість цих заходів. Питання про правову природу примусових заходів медичного характеру є актуальним, оскільки в навчальній літературі з кримінального права дана проблема розглядається однобічно – виключно в плані порівняння примусових заходів медичного характеру з мірами покарання. При цьому відзначається деяка схожість цих заходів з покаранням, але головне – підкреслюються їх відмінності. Подібність з покаранням вбачається в тому, що примусові заходи медичного характеру призначаються судом і являють собою міру державного примусу. Відмінності примусових заходів медичного характеру від покарання вбачаються у підставах і цілях їх застосування, змісті та юридичних наслідках. На відміну від покарання примусові заходи медичного характеру не виражають негативної оцінки держави, не тягнуть судимості, їх зміст визначається, перш за все, медичними показниками, вони можуть призначатися паралельно з покаранням, строки їх застосування в постанові

суду не вказуються, їх тривалість залежить від психічного стану хворого. Їх призначення, в тому числі й поряд з покаранням, стає обов'язком суду лише у випадках, коли в цьому є дійсна необхідність, існують умови і підстави, передбачені законом, а саме, коли є факт вчинення суспільно небезпечного діяння.

Застосування примусових заходів медичного характеру до психічнохворих, які вчинили суспільно небезпечні діяння, передбачені кримінальним законом, необхідно для відновлення порушеного психічного здоров'я цих осіб, захисту суспільства від їхньої небезпечної поведінки та попередження нових ексцесів. Таким чином, примусові заходи медичного характеру не є карою за вчинене. Вони не тягнуть застосування санкцій кримінального закону. Їх цілі принципово інші, ніж цілі мір покарання. Психічне захворювання може спричинити втрату людиною вольових і розумових здібностей, зникнення або зниження організуючої функції вищих відділів головного мозку. Хворий вступає в зіткнення як з природою, так і з людьми, а здійснюваний ним акт суспільно небезпечного діяння є не чим іншим, як безпосереднім проявом психічної хвороби. Тому неосудний незалежно від характеру, тяжкості вчиненого ним і наслідків, що настали, не може бути визнаний винним. Осудність припускає нормальний психічний стан особи, яка досягла визначеного законом віку кримінальної відповідальності.

Заходи медичного характеру визнаються примусовими тому, що вони:

- 1) застосовуються не за бажанням хворого чи його близьких родичів;
- 2) пов'язані з обмеженням особистої свободи ;
- 3) призначаються, змінюються і припиняються тільки за ухвалою суду.

Більшість авторів (А.А. Беляєв, М.Д. Шаргородський) відзначали, що за своєю юридичною природою «заходи медичного характеру не є покаранням» [162, с. 32]. Іноді без достатніх підстав стверджується, що «за своєю юридичною природою ці заходи є заходами державного примусу», при цьому не проводиться різниця між покаранням і примусовими заходами медичного

характеру [9, с. 15]. Незважаючи на примусові властивості, заходи медичного характеру є лікуванням, а не покаранням, і забезпечують особі, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, медичну допомогу. Примусові заходи медичного характеру не виражають негативної оцінки вчиненого з боку держави і не тягнуть за собою судимості. В процесі їх реалізації особа піддається не каральній, а лікувальній дії. Можливо непереконливим є підхід Л.В. Багрій-Шахматова, згідно з яким форма кримінально-правового примусу, яка вивчалася, містить у собі каральні елементи, в силу того, що вона є примусовим заходом [5, с. 37].

Поняття «кара» і «примус» є близькими, але не ідентичними за своїм змістом. Каральний вплив передбачає не просто обмеження інтересів особи, а й також тягне за собою душевні страждання у відповідь на її протиправну поведінку. Кара, як підкреслює В.Г. Смирнов, головним чином характеризується нанесенням винному передбачених законом позбавлень, несприятливого впливу. В свою чергу, примусовий вплив може виражатися не тільки у вигляді покарання, але також і в інших формах (запобіжного заходу, забезпечення виконання обов'язку, превентивні заходи і т. ін.) [114, с. 120].

Тож, примус далеко не завжди являє собою кару, що повною мірою відноситься до заходів медичного характеру, які спрямовані саме на лікування особи, і не пов'язані із заподіянням їй страждань. Аналогічну позицію займав Б.А. Протченко, який підкреслював в цьому зв'язку, що примусові заходи медичного характеру не є покаранням і не включають в себе такий елемент, як кара [110, с. 5]. Невипадково М. Голоднюк робить висновок про те, що застосування примусового лікування не погіршує, а покращує правовий статус особи [25, с. 39].

У юридичній літературі останнім часом можна зустріти думку про те, що примусові заходи медичного характеру є однією з форм реалізації кримінальної відповідальності [110, с. 32]. Аргументується це тим, що названі заходи мають низку спільних ознак з покаранням, і це їх зближує. Так, вони призначаються

судом у порядку кримінального провадження, застосовуються при встановленні, що діяння мало місце і вчинено даною особою, носить примусовий характер і пов'язане з різного роду обмеженнями, виступають в якості правового наслідку порушення кримінально-правових заборон. Підставою для застосування примусових заходів медичного характеру до деяких категорій осіб є факт вчинення суспільно небезпечного діяння. При цьому деякі автори доходять висновку: «...в чинному КК передбачено принцип відповідальності: або покарання, або примусові заходи медичного характеру» [72, с. 68].

Із зазначеною інтерпретацією кримінального закону складно погодитися з наступних підстав. Як слушно зазначав М.С. Строгович, «правильне розуміння відповідальності важливо і в політичному, і в соціальному, і в юридичному сенсі, воно має величезне значення для наукової розробки проблем прав особистості» [125, с. 31].

В юридичній літературі поняття кримінальної відповідальності визначається по-різному. Під кримінальною відповідальністю пропонують розуміти всі заходи кримінально-правового впливу щодо особи, яка вчинила злочин. Кримінальна відповідальність визначається як передбачені КК України негативні наслідки, що накладалися судом на особу, яка вчинила злочин, виражені в самому акті засудження і судимості або засудженні, сполученого з виконанням покарання, і судимості.

Вважається, що кримінальна відповідальність – це несприятливі наслідки, що виникають у зв'язку із засудженням особи, винної у вчиненні злочину, яка реалізується з моменту набрання чинності вироком суду. До цього моменту є юридичний обов'язок нести відповідальність як структурний елемент кримінально-правових відносин.

Слід припустити, що говорити про реалізацію кримінальної відповідальності стосовно осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності, однозначно не можна, оскільки в діяннях осіб, визнаних

неосудними, відсутній склад злочину (немає суб'єкта злочину). В частині другій ст. 19 КК України підкреслено, що особа підлягає кримінальній відповідальності, якщо вона осудна і тільки за ті суспільно небезпечні дії (бездіяльність) і небезпечні наслідки, які настали, щодо яких встановлена її вина. Таким чином, підставою кримінальної відповідальності є діяння, що містить всі ознаки складу злочину, передбаченого Кримінальним кодексом (ст. 2 КК України). Виняток може бути тільки щодо обмежено осудних осіб, до яких можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру поряд з покаранням, тому в даному випадку, ми можемо говорити про форму реалізації кримінальної відповідальності [60, с. 12].

Норми закону, встановлюючи юридичну підставу кримінальної відповідальності, базуються на постулаті про свободу волі та детермінованості поведінки людини, оскільки справжня свобода полягає не в повній незалежності від зовнішнього світу, а здатності приймати рішення зі знанням справи, з урахуванням їх соціального значення. Внаслідок цього, вчинене суспільно небезпечне діяння особою, яка в силу психічного розладу не могла усвідомлювати характеру вчинених дій (бездіяльності) або керувати ними, складу злочину не утворює (ст. 19 КК України). Оскільки немає провини, немає і кримінальної відповідальності, а немає кримінальної відповідальності – немає покарання.

Таким чином, розуміння правової природи примусових заходів медичного характеру як форми реалізації кримінальної відповідальності не узгоджується з кримінальним та кримінально-процесуальним законодавством, суперечить закріпленим в законі цілям цих заходів та інтересам законності у сфері їх застосування. При такому підході можливе необґрунтоване застосування зазначених заходів.

Дослідження, яке проводилося стосовно примусових заходів медичного характеру, призвело деяких авторів до висновку про те, що зазначені заходи за своєю правовою природою є заходами соціального захисту від суспільно

небезпечних дій неосудних і психічно хворих, які вчинили злочини [68, с. 28]. Однак зазначені автори випустили з уваги, що поняття «міри соціального захисту», яке раніше використовувалося в кримінальному законодавстві під впливом соціологічної школи права, слугувало для позначення системи заходів кримінально-правового примусу, що включала в себе покарання, примусове амбулаторне або стаціонарне лікування, примусові заходи медико-виховного характеру та інші заходи, що замінювали покарання.

За своєю правовою природою так звані заходи соціального захисту, будучи заходами кримінально-правового примусу, значно відрізняються один від одного, а сама поява в кримінальному законодавстві поняття «міри соціального захисту», за справедливим твердженням А.А. Піонтковського, було продиктовано прагненням держави довести, що йому не властива практика каральної діяльності буржуазної держави, «заснована на ідеї відплати злочинцю і спокутування ним своєї провини шляхом відбуття покарання» [88, с. 14]. Таким чином, термін «соціальний захист», який вживається сучасними авторами для характеристики правової природи примусових заходів медичного характеру, не розкриває їх сутності, оскільки має суто ідеологічну спрямованість, включає в себе різноманітні за своїм змістом заходи кримінально-правового впливу.

При проведенні примусових заходів медичного характеру дозволено застосовувати тільки методи діагностики, лікування і реабілітації, затверджені Міністерством охорони здоров'я. Вибір способів лікування може бути обумовлений тільки клінічними показниками. На цій підставі заходи медичного характеру утворюють самостійну форму правового примусу, реалізовану щодо осіб, які страждають певними психічними розладами і знаходяться в небезпечному для себе і оточуючих стані. Необхідно відзначити, що сам по собі факт вчинення суспільно небезпечного посягання не може бути визнаний достатньою підставою для застосування примусових заходів медичного характеру. Заходи медичного характеру, як зазначає Т.П. Печернікова, завжди

призначаються, виходячи з суспільної небезпеки психічно хворого. Соціальна небезпека хворого визначається як характером і змістом його соціально небезпечних дій, так і психічним станом. Про це, зокрема, можуть свідчити такі обставини, як неодноразовість суспільно небезпечних посягань, підвищена збудливість і агресивність хворого, глибока тяжкість психічного стану, високий ступінь небезпеки вчиненого діяння і т. ін. [87, с. 8]. Отже, сутність примусових заходів медичного характеру, за загальноприйнятою думкою, полягає в тому, щоб забезпечити безпеку психічно хворих і захистити від них суспільство.

Як вже зазначалося, нова назва розділу 14 КК України 2001 р., викликає заперечення, а у ст. 1 КК України не згадується кримінально-правове завдання регулювання суспільних відносин і, відповідно, відсутні вказівки на засоби його вирішення.

Відмічені недоліки у своїй сукупності свідчать про те, що законодавство, яке має системний характер, не може змінюватися безсистемно, як це нерідко відбувається; що вирішення питань правового регулювання вимагає високого професіоналізму творців права, що підкріплюється обов'язковою кваліфікованою науковою експертизою, а в особливо складних випадках і широким громадським обговоренням законопроектів.

На нашу думку, усе різноманіття передбачених законом кримінально-правових заходів слід поділяти не за схемою «покарання та інші заходи», а залежно від суті та призначення відповідних видів заходів – на каральні та некаральні («інші заходи» або «заходи безпеки»).

За структурою система кримінально-правових заходів протидії злочинності повинна включати дві групи заходів. Перша з них – система заходів кримінально-правового впливу (система каральних заходів), яка включає кримінальне покарання і різні види звільнення від кримінального покарання, в тому числі умовне засудження. Перераховані заходи об'єднують єдина каральна суть, усі вони є різними формами реакції держави на вчинення злочину, застосовуються за вчинення злочинів відносно осіб, які їх вчинили,

призначаються з урахуванням ступеню та характеру громадської безпеки заради кримінально-правових цілей відновлення соціальної справедливості, виправлення засудженого і попередження нових злочинів.

Друга група заходів – система заходів безпеки в кримінальному праві або інакше – «інші заходи кримінально-правового характеру» (система некаральних заходів), що включає медичні та інші заходи безпеки, які мають некаральну суть, застосовуються не за вчинення злочину, а у зв'язку із здійсненням забороненого кримінальним законом суспільно небезпечного діяння до особи, яка його вчинила, в цілях забезпечення її безпеки для самої себе і для суспільства в цілому, її лікування, ресоціалізації й т. п. Окрім заходів медичного характеру, до вказаної групи можуть бути віднесені примусове лікування, примусові заходи виховного характеру та спеціальна конфіскація (конфіскація предметів, вилучених з цивільного обороту, знарядь і засобів вчинення злочину та ін.), а також інші заходи, які можуть з'явитися в майбутньому.

При такому підході під іншими заходами кримінально-правового характеру (заходами безпеки в кримінальному праві) пропонується розуміти сукупність різних передбачених кримінальним законом некаральних заходів, покликаних сприяти вирішенню завдань та досягненню цілей (охоронної та регулятивної) кримінального права.

Своєрідність таких заходів як заходів кримінально-правового впливу проявляється в їх специфічних ознаках:

- основна їх особливість – некаральна суть, вони застосовуються не в якості реакції на вчинення злочину (тобто не «за те, що» особа вчинила злочин); не потрібна відповідність (співмірність) такої міри характеру та ступеню громадської безпеки; відновлення соціальної справедливості не є їх метою; відповідно, «інші заходи» не вказуються в санкціях;

- передбачаються вони в Кримінальному кодексі саме в такій якості; підстави, цілі й принципи їх застосування регламентовані нормами КК України; реалізуються вони у рамках специфічних кримінально-правових відносин;

- такі заходи мають своїми цілями забезпечення безпеки самої особи та інших осіб, попередження здійснення суспільно небезпечних діянь, надання необхідної допомоги у рамках реалізації відповідного кримінально-правового відношення;

- їх зміст полягає в мінімально необхідному для досягнення вказаних цілей обмеженні деяких прав і свобод особи;

- юридичною підставою застосування таких заходів служить законне й обґрунтоване рішення суду, що виноситься від імені держави;

- їх застосування є примусовим – незалежно від бажання осіб, до яких вони застосовуються, й їх законних представників;

- це заходи, альтернативні не лише покаранню, але й усім іншим заходам кримінально-правової дії (каральним), проте при необхідності вони можуть застосовуватися разом з останніми в якості «інших заходів».

Слід підкреслити, що сукупність приведених ознак характеризує систему «інших заходів кримінально-правового характеру» з боку бажаного, чим існуючого.

Отже, можна зробити висновок, що за своєю правовою природою примусові заходи медичного характеру є заходами безпеки, сутність яких полягає в примусовому лікуванні осіб, які вчинили суспільно-небезпечні діяння і представляють небезпеку за своїм психічним станом.

Також дана точка зору про правову природу примусових заходів медичного характеру знайшла відображення в академічному курсі кримінального права, автори якого вважають, що термін «заходи безпеки» найбільшою мірою відображає правову природу примусових заходів медичного характеру [72, с. 126]. Автори названого курсу, підтримуючи такий підхід до правової природи примусових заходів медичного характеру, доходять

висновку, що ці заходи можна визначити як вид заходів безпеки, передбачених кримінальним законом, що застосовуються до осіб, які вчинили кримінально карані суспільно небезпечні діяння і страждають психічними розладами, що зумовлюють небезпеку таких осіб для себе і оточуючих.

Справедливо зауважити, що вільно або мимоволі юридичний і медичний характер заходів безпеки визнають і ті, хто ці заходи заперечує [99, с. 95]. Аргументують це тим, що: умови утримання в лікарні будь-якого типу встановлені заздалегідь, відповідають медичним вимогам; за допомогою лікарняних умов утримання забезпечуються, з одного боку, лікувальні цілі, а з іншого, – ізоляція хворих, які представляють небезпеку для суспільства; примусові заходи медичного характеру у кримінальному праві за своїм змістом цілком позбавлені каральних і виховних елементів, які характеризують покарання; примусовими дані заходи йменуються тому, що призначаються і припиняються не за бажанням даної особи, її близьких або на розсуд органів охорони здоров'я, а за рішенням суду, і що саме в цьому проявляється їх державно-владний характер (А.А. Хомовський, П.С. Елькінд, А.П. Овчинникова). Ці та інші автори правильно підкреслюють, що психічно хворий не може бути ані звинувачений, ані виправданий [159, с. 9].

Примусові заходи медичного характеру не є наслідком злочину і вираженням кримінальної відповідальності. Вони не містять в собі кари, не ставлять за мету виправлення і перевиховання, не надають негативної оцінки суспільно небезпечної поведінки психічно хворого. Сутність примусу проявляється не у відбуванні покарання, а в забезпеченні прийнятих заходів медичного характеру в інтересах громадської безпеки та лікування психічно хворого.

Крім того, слід мати на увазі, що відносини, які виникають при застосуванні ст. ст. 19, 20, ст. ст. 92-96 КК України за своєю правовою природою є кримінально-правовими відносинами. Свідченням самостійного характеру відносин, породжуваних такими діяннями осіб (як суб'єктів

кримінальної відповідальності, так і не суб'єктів кримінальної відповідальності), і особливостей застосування до таких осіб заходів безпеки – примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві є такі.

По-перше, характер самих суспільно небезпечних діянь: за їх вчинення застосовуються примусові заходи медичного характеру, передбачені в Кримінальному кодексі.

По-друге, кримінальне право охороняє найбільш важливі об'єкти від суспільно небезпечних посягань. Це значить, що ступінь суспільної небезпеки діянь, передбачених у кримінальному законі, за які застосовуються примусові заходи медичного характеру в порядку кримінального провадження, вище, ніж інших діянь (наприклад, адміністративних).

По-третє, хоча правова природа примусових заходів медичного характеру, які застосовуються в кримінальному та адміністративному праві єдина – це заходи безпеки, однак відмінність полягає в характері цих заходів, передбачених в кримінальному законі.

По-четверте, примусові заходи медичного характеру характеризуються особливою судовою (а не адміністративною) процедурою їх застосування та особливою системою юридичних гарантій прав і свобод людини і громадянина в кримінальному праві та кримінальному судочинстві. Примусові заходи медичного характеру до таких осіб застосовуються тільки за вчинення вказаних у кримінальному законі суспільно небезпечних діянь і тільки виключно судом. Тільки суд може змінити або взагалі скасувати ці заходи.

По-п'яте, слід враховувати, що заходи державного примусу реалізуються не тільки в покаранні, а й в інших формах: 1) звільнення від кримінальної відповідальності; 2) звільнення від покарання – (призначення або виконання); 3) звільнення від подальшого відбування покарання з різних правових підстав (у тому числі, і передбаченим ст. 84 КК України).

Причому заходи державного примусу можуть поєднуватися з іншими заходами кримінально-правового характеру – примусовими заходами

медичного характеру, передбаченими в кримінальному законодавстві: поряд з названими заходами державного примусу можуть застосовуватися і заходи соціально-правового та медико-реабілітаційного характеру.

При цьому інші заходи кримінально-правового характеру, а саме примусові заходи медичного характеру у кримінальному праві, мають лише видимість зовнішньої схожості з заходами державного примусу, так як, наприклад, неосудний може не усвідомлювати їх дійсного характеру, змісту і цілей.

Тому, заходи державного примусу, що застосовуються до злочинця, та примусові заходи медичного характеру принципово різняться: за суттю та змістом; цілями і правовими підставами їх застосування, зміни та припинення; за видами цих заходів і категорій осіб, до яких вони можуть бути застосовані.

1.3. Підстави і цілі застосування примусових заходів медичного характеру

У сучасних умовах здійснення кримінально-правової реформи основною метою є удосконалення законодавства, яке зможе забезпечити реалізацію принципів правової держави щодо людини, її життя, здоров'я, честі, гідності, особистої недоторканності і безпеки. Тому питання застосування примусових заходів медичного характеру набувають особливої актуальності. Поміщення (госпіталізація) людини до психіатричного закладу пов'язане з її ізоляцією від суспільства, серйозним чином може порушувати її права і свободи як особистості [98, с. 12].

Тому примусове (недобровільне) поміщення особи до психіатричного закладу можливе лише за наявності передбачених законом підстав і тільки за рішенням суду. З цією метою відповідні установи повинні мати можливість забезпечити необхідне психіатричне і медичне обслуговування [52, с. 52]. Крім того, щодо вчинення суспільно небезпечних діянь неосудними особами значно застарілим є законодавче регулювання підстав застосування примусових

заходів медичного характеру, яке обумовлює судові помилки у правозастосовчій практиці.

Разом з тим, примусові заходи медичного характеру, які застосовуються у сфері кримінального провадження, являють собою комплексний інститут кримінального, кримінально-процесуального права, судової психіатрії та судової психології. Комплексність цього інституту полягає в тому, що матеріально-правові підстави застосування примусових заходів медичного характеру реалізуються саме в формах і при дотриманні умов, які визначаються кримінально-процесуальним законом. Так, встановлення неосудності особи щодо вчиненого суспільно небезпечного діяння або її кримінально-процесуальна або пенітенціарна недієздатність не тягне за собою обов'язкового застосування примусового медичного лікування (заходів медичного характеру). До неосудної особи може бути застосований такий підхід лише за наявності необхідних умов. Адже чинне кримінальне законодавство не повною мірою містить чіткі вказівки щодо підстав застосування примусових заходів медичного характеру. Деякою мірою цю прогалину заповнює ст. 503 Кримінально-процесуального кодексу України 2012 р., яка передбачає, що примусові заходи медичного характеру призначаються лише особам, які є суспільно небезпечними [131]. На відміну від Кримінального кодексу 1960 року, в якому містилася лише одна стаття (ст. 13), що регулювала інститут примусових заходів медичного характеру (примусового лікування), у чинному Кримінальному кодексі України 2001 р. цей інститут врегульований низкою статей розділу 14 Загальної частини. Однак чітких вказівок на правові підстави застосування примусових заходів медичного характеру, на нашу думку, чинний Кримінальний кодекс України не містить. Наголошується лише, що «залежно від характеру і тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або оточуючих, суд може застосувати примусові заходи медичного характеру...» (ст. 94 КК України). Тобто, виходячи зі змісту статті, в ній зазначені тільки обставини, які

повинні враховуватися при вирішенні питання про застосування того чи іншого виду і типу примусових заходів медичного характеру, а також віддається перевага одному або іншому виду. При цьому конкретні, чітко визначені підстави застосування примусових заходів медичного характеру законом не передбачені.

В юридичній літературі під підставами застосування примусових заходів медичного характеру розуміється «сукупність обставин», які визначають необхідність застосування (незастосування) примусових заходів до психічно хворих, умови і порядок їх застосування, або як сукупність обставин, необхідних для призначення примусових заходів медичного характеру психічно хворим особам, які вчинили суспільно небезпечні діяння.

Одні автори вважають, що «підставою для застосування названих заходів є вчинення суспільно небезпечного діяння тими категоріями осіб, які вказані в ст. 93 КК України» [68, с. 21]. При цьому нічого не говориться про суспільну небезпеку таких осіб, пов'язану з психічним розладом і можливістю заподіяння істотної шкоди надалі.

Інші вчені як підставу застосування примусових заходів медичного характеру розглядають необхідність лікування осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння [111, с. 157]. Однак чим викликана ця необхідність примусового лікування психічно хворих не вказується.

Третя група науковців до підстав застосування примусових заходів відносять комплекс факторів:

- 1) факт вчинення особою суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом;
- 2) наявність у особи, яка його вчинила, психічного розладу;
- 3) необхідність лікування такої особи внаслідок її психічного стану, що викликає небезпеку спричинення шкоди собі чи оточуючим [165, с. 30].

При цьому наголошується, що перераховані підстави являють собою симбіоз, нерозривне ціле, сукупність необхідних елементів, відсутність хоча б

одного з яких означає відсутність законодавчої бази застосування медичних заходів.

Згідно зі ст. 503 КПК України 2012 р. єдиною підставою застосування примусових заходів медичного характеру є факт вчинення суспільно небезпечного діяння певними категоріями осіб [48]. До числа таких осіб відносяться, по-перше, ті, які визнані неосудними. Ці особи в силу хворобливого стану психіки не здатні усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними (ст. 19 КК України). Застосування покарання до осіб, визнаних неосудними, було б несправедливим і недоцільним, так як своїх цілей – досягнення соціальної справедливості, виправлення і спеціального попередження – покарання у даному випадку не досягає.

По-друге, примусові заходи медичного характеру застосовуються до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли психічними розладами до постанови вироку суду або під час відбування покарання, що робить неможливим призначення або виконання щодо них покарання.

Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають психічними розладами, що не виключають осудність, і врахування психічних аномалій при призначенні покарання є новацією чинного КК України. На жаль, закон не розкриває, яким чином суди повинні враховувати обмежену осудність при призначенні покарання, що викликає труднощі у практичному застосуванні. Найімовірніше передбачити, що психічні аномалії, які не виключають осудність, повинні враховуватися як пом'якшувальна обставина при призначенні покарання. Однак не ясно, як вирішувати питання в разі, коли подібні психічні розлади є наслідком антисоціального способу життя (наприклад алкоголізму, наркоманії) або якщо вчинене особою, яка страждає таким психічним розладом, відрізняється особливою зухвалістю і жорстокістю.

Деякі автори вважають, що існує три підстави застосування примусових заходів медичного характеру. Перша – можливість призначення примусових

заходів медичного характеру особі, яка вчинила суспільно небезпечне діяння; друга – наявність у особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, психічного розладу; третя – можливість заподіяння цією особою істотної шкоди або небезпеки цієї особи для себе або інших осіб [29, с. 18]. Окремі автори розрізняють підстави призначення судом примусових заходів медичного характеру (суспільна небезпека особи, яка страждає психічним розладом) і умови застосування примусових заходів (вчинення особою суспільно небезпечного діяння і наявності у неї психічного розладу) [36, с. 35].

Фактично прихильники комплексного підходу до підстав застосування примусових заходів медичного характеру ведуть мову про юридичні та медичні показники суспільної небезпеки психічно хворих осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, передбачені кримінальним законом. По суті, підставою застосування примусових заходів медичного характеру є суспільна небезпека психічно хворої особи, яка вчинила протиправне діяння.

Слід зазначити, що суспільна небезпека є однією з важливих соціально-правових і фактичних характеристик неосудної особи, критерієм цілої низки питань матеріального і процесуального права.

Загальноприйнятими в теорії кримінального права є положення, які основними ознаками (критеріями) визначення суспільної небезпеки, що характеризують злочин, передбачений Особливою частиною КК України, визнають такі:

- 1) об'єкт, тобто ті суспільні відносини, які порушуються злочином;
- 2) характер цієї шкоди, яка наноситься об'єкту злочину;
- 3) спосіб вчинення злочину;
- 4) форма і ступінь вини вчиненого злочину;
- 5) мотиви і мета вчиненого злочину;
- 6) характер вчиненого злочину.

У Кримінальному кодексі України не розкрито поняття суспільної небезпеки психічно хворого, хоча це поняття має велике практичне значення,

оскільки від того чи іншого розуміння суспільної небезпеки особи з психічним розладом залежить вся практика призначення примусових заходів медичного характеру [20, с. 341]. За своїм предметним змістом суспільна небезпека – це здатність неосудної або обмежено осудної особи вчинити нове, передбачене кримінальним законом, суспільно небезпечне діяння. Небезпека заподіяння шкоди суспільству зумовлює застосування до неосудної або обмежено осудної особи специфічних заходів медичного характеру, мета яких – нейтралізувати, зняти суспільну небезпеку особистості неосудної або обмежено осудної особи, виключити з її боку можливість вчинення повторних суспільно небезпечних діянь, які можуть спричинити шкоду як суспільству, так і самій особі. Суспільна небезпека обумовлюється як характером вчиненого суспільно небезпечного діяння, передбаченого в кримінальному законі, так і клінічною формою психічного захворювання або психічного відхилення, динамікою хворобливих процесів, етапом їх формування, прогнозом перебігу та наслідком. Інакше кажучи, не тільки психопатологічними, але й збереженими, виробленими до хвороби, соціально-психологічними установками. Характер і ступінь суспільної небезпеки лежить в основі індивідуалізації судом примусових заходів медичного характеру, які застосовуються до неосудних або обмежено осудних.

За умов, що критеріями суспільної небезпеки особистості неосудної або обмежено осудної особи деякі автори вважають динаміку хворобливих процесів, етап їхнього формування, прогноз перебігу та наслідки, інші – тяжкість вчиненого суспільно небезпечного діяння і психопатологічні особливості особистості неосудної або обмежено осудної особи, ці судження, як видається, є правильними в своїй основі, але потребують певної конкретизації. На нашу думку, суспільна небезпека неосудної особи характеризується трьома критеріями: медичним; психологічним (соціально-психологічним) і кримінально-правовим (юридичним). При цьому кримінально-правовий (юридичний) критерій повинен допускати сам факт вчинення злочину

даною особою, відображати тяжкість вчиненого суспільно небезпечного діяння; психологічний (соціально-психологічний) – бути обумовленим певним психічним станом особи, здатністю усвідомлювати свої суспільно небезпечні діяння (бездіяльність) та/або керувати ними; медичний – допускати наявність у особи психічного здоров'я, клінічної форми психічного захворювання або психічного відхилення, його глибини й складності, динаміки, перебігу хвороби тощо. Важливим є не зміна назв критеріїв та їх формальне доповнення, а дослідження реальних відносин між ними. Лише на підставі сукупності зазначених критеріїв (за чинним кримінальним законодавством двох критеріїв), суд може зробити правильний висновок про суспільну небезпеку неосудної особи, її характер і рівень. Одного критерію недостатньо для обґрунтування висновку суду про суспільну небезпеку неосудної особи і для вирішення питання про необхідність застосування примусових заходів медичного характеру до конкретної особи.

Важко погодитися з тим, що правильно визнавати «провідним» або «основним» медичний критерій суспільної небезпеки. Як видається, в такому випадку недооцінюється значення психологічного (соціально-психологічного) і кримінально-правового (юридичного) критеріїв суспільної небезпеки. Втім, якщо вчинене суспільно небезпечне діяння за своїм характером і тяжкістю не є таким за змістом КК України, то якою б важкою не була сама по собі клінічна форма, як правило, психічне захворювання не може обґрунтувати застосування до неосудної особи примусових заходів медичного характеру.

Незважаючи на те, що примусові заходи медичного характеру є різновидом заходів державного примусу і призначаються судом, до заходів кримінального покарання вони не належать, оскільки застосовуються на підставі ухвали суду, а не вироку, не містять елемента кари, не виражають негативної оцінки від імені держави суспільно небезпечних дій осіб, які страждають психічними розладами, не спрямовані на виправлення зазначених осіб, тривалість їх застосування залежить від стану хворого.

Застосування примусових заходів медичного характеру повинно припинятися, коли в цьому відпадає необхідність, тобто особа більше не становить суспільну небезпеку. Питання продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру (примусового лікування) регулюються ст. 95 КК України. Зазначається, що продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, а також додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує продовження, зміну або припинення застосування таких примусових заходів (ч. 1 ст. 95 КК України). Тобто, в цій нормі зазначаються певний суб'єкт прийняття рішення про припинення застосування примусових заходів медичного характеру – суд, ініціатор розгляду питання про припинення – представник психіатричного закладу (лікар-психіатр) та умова розгляду такого питання (висновок комісії лікарів-психіатрів). Однак, конкретні підстави припинення застосування примусових заходів медичного характеру знову ж таки відсутні. Звернення до роз'яснень постанови Пленуму Верховного Суду України «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру і примусового лікування» від 3 червня 2005 р. №7 [105] також не дає відповіді на ці питання. Так, у зазначеній постанові вказується, що судам слід мати на увазі, що тимчасовий розлад психічної діяльності особи, який позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними, який настав після вчинення злочину, також може бути підставою для застосування примусових заходів медичного характеру. Як бачимо, по-перше, формулювання підстави застосування примусових заходів медичного характеру викладене в альтернативній формі («також може бути підставою»), а по-друге, на нашу думку, має місце заміна понять підстав та умов застосування примусових заходів медичного характеру. Такі чинники, як неосудність або обмежена осудність особи, є умовами, за яких можуть бути призначені примусові заходи

медичного характеру (можуть бути і не призначені). Все залежить від наявності законних підстав. Такий висновок можна зробити, виходячи зі змісту ст. 93 КК України, в якій зазначено, що примусові заходи медичного характеру можуть бути застосовані судом до осіб: які вчинили суспільно небезпечне діяння в стані неосудності або обмеженої осудності, а також до осіб, що вчинили злочин у стані осудності, але захворіли психічним розладом до постанови вироку суду або під час відбування покарання.

Тому необхідно підтримати висловлену в юридичній літературі думку про те, що підставою для застосування примусових заходів медичного характеру слід вважати: факт вчинення особою суспільно небезпечного діяння; наявність у особи психічного відхилення; зв'язок психічного розладу і характеру вчиненого діяння або злочину з можливістю заподіяння особою шкоди або небезпекою для себе чи інших осіб [86, с. 97]. Така думка існує серед багатьох працівників правоохоронних органів і лікарів-психіатрів. Вчинення особою суспільно небезпечного діяння, передбаченого Особливою частиною КК України, підставою застосування примусових заходів медичного характеру вважають 95,89% правоохоронців і 95,34% лікарів-психіатрів. Також в якості підстав визнаються: наявність у особи психічної хвороби або психічної аномалії – 97,26% і відповідно 100% серед лікарів-психіатрів, а також визнання особи неосудною або обмежено осудною – 84,55% і 82,55 % опитаних [див. Додаток].

У частині першій ст. 503 «Підстави для здійснення кримінального провадження щодо застосування примусових заходів медичного характеру» КПК України 2012 р. міститься положення, відповідно до якого і застосування примусових заходів медичного характеру, встановлених у ст. 94 КК України, до осіб, зазначених у ст. 93 КК України, здійснюється за постановою суду або постановою судді. Як бачимо, ця норма є бланкетною і не визначає підстави застосування примусових заходів медичного характеру. Проте в частині четвертій ст. 503 КПК України вказується, що примусові заходи медичного

характеру застосовуються лише до осіб, які є суспільно небезпечними. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що хоча ст. 503 КПК України і називається «Підстави для здійснення кримінального провадження щодо застосування примусових заходів медичного характеру», проте в частині першій зазначеної статті ці підстави не вказуються. Зі змісту частини четвертої даної статті випливає, що суспільну небезпеку особи і слід вважати тією самою підставою для застосування примусових заходів медичного характеру [39, с. 238-239]. Тому варто погодитися з думкою Г.В. Назаренка, який підкреслює, що єдиною підставою застосування примусових заходів медичного характеру є суспільна небезпека психічно хворої особи, яка вчинила кримінально-протиправне діяння [72, с. 49]. Безумовно, слід обов'язково підкреслити ознаки (критерії) суспільної небезпеки, але на них зупинимося пізніше. Таке розуміння підстав застосування примусових заходів медичного характеру висловили 89,04% опитаних працівників правоохоронних органів і 94,18% лікарів-психіатрів (див. Додаток).

Оскільки норма про підстави застосування примусових заходів медичного характеру є за своєю правовою природою матеріальною, то закріплювати її в КПК України не зовсім доцільно. Тому необхідно внести відповідні зміни до Кримінального кодексу України: статтю 92 КК України слід доповнити частиною другою наступного змісту: «2. Підставою застосування примусових заходів медичного характеру є суспільно небезпечне діяння, що вчинене особою, яка має психічне захворювання та потребує медичної допомоги, якщо вона завдає або має намір завдати шкоди собі, оточуючим або охоронюваним законом правам та інтересам особи або державі, а також коли існує реальна можливість нанесення такої шкоди цією особою».

Суспільна небезпека хворої особи являє собою тривалий стан. Це означає, що суспільна небезпека особи виходить за рамки вчиненого нею діяння: передуює діянню, збігається за часом з його вчиненням, але головне — існує як потенційний фактор після його вчинення.

Перша стадія, що передує вчиненню діяння, протікає латентно (непомітно для оточуючих) або проявляється у вигляді психічних відхилень млявого характеру. Друга стадія збігається з часом вчинення небезпечного діяння, протікає найбільш гостро і проявляється в суспільно небезпечній поведінці. Третя, посткримінальна стадія захворювання, може мати подальший несприятливий розвиток. Остання обставина свідчить про потенційну суспільну небезпеку психічно хворої особи, тобто про ймовірність вчинення нею нових суспільно небезпечних діянь. Законодавець з урахуванням даних закономірностей вказує, що примусові заходи медичного характеру призначаються тільки у випадках, коли психічні розлади пов'язані з можливістю заподіяння цими особами істотної шкоди або з небезпекою для себе чи для інших осіб.

До факторів ризику вчинення суспільно небезпечного діяння судові психіатри відносять кілька форм психічної патології:

- 1) психопатоподібні симптоми з підвищеною поведінковою активністю і патологією потягів;
- 2) маячні ідеї, особливо спрямовані проти конкретних осіб або організацій, що супроводжуються афективною напруженістю (ідеї ревнощів, переслідування, сексуального впливу і т.п.);
- 3) психотичні стани, що супроводжуються агресивністю і мають тенденцію до частого виникнення;
- 4) депресивні стани з маренням самозвинувачення, які призводять до самогубств;
- 5) маніакальні та гіпоманіакальні стани із загальною розгальмованістю і псевдопідприємливістю.

Для застосування примусових заходів медичного характеру необхідно встановити, що особа вчинила діяння, передбачене КК України. Йдеться про вчинення цього діяння в стані неосудності. За відсутності в діянні ознак складу злочину або в разі вчинення особою малозначного діяння чи недоведеності

вчинення суспільно небезпечного діяння, справа повинна бути припинена, а отже, немає підстав для призначення примусових заходів медичного характеру. Якщо суд встановить, що особа все ж становить загрозу оточуючим або самій собі, хворому надається медична допомога органами охорони здоров'я.

Згідно з обвинувальним висновком К. обвинувачувався в тому, що наніс два удари знайденим у будинку ножом в область грудей і спини М. Однак К. не довів свій злочинний намір на заподіяння тяжких тілесних ушкоджень М. до кінця, з незалежних від нього причин, заподіявши тим самим тілесні ушкодження у вигляді рубаної рани в області задньої поверхні грудної клітки. Згідно з висновком судово-медичної експертизи №12 від 27.01.2012 року вони відносяться до категорії легких тілесних ушкоджень, що спричинили короточасний розлад здоров'я.

Крім того, 02.12.2011 року він погрожував насильством помічнику начальника штабу БМОП «Беркут» ГУМВС України в Одеській області. На пропозицію співробітника міліції П. припинити протиправні дії не реагував і продовжував погрожувати насильством і фізичною розправою на його адресу, після чого К. почав наносити удари сокирою по броні щита, яким закрився від нападу П. Протиправні дії К. були припинені заступником командира взводу БМОП «Беркут», який застосував до К. прилад травматичної дії, заподіявши йому тим самим тілесні ушкодження у вигляді сліпого вогнепального поранення м'яких тканин верхньої третини лівої гомілки, які згідно з висновком судово-медичної експертизи належать до категорії легких тілесних ушкоджень, що спричинили короточасний розлад здоров'я.

Згідно з показаннями К., в силу характеру захворювання К., він не зміг суду підтвердити свою причетність до вчинених злочинів, оскільки не пам'ятає нічого з вищевказаних подій.

Незважаючи на повне невизнання підсудним своєї провини, суд дійшов висновку, що його вина у вчиненні злочину підтверджується дослідженими судом доказами.

Дії К. органами досудового слідства кваліфіковано за ч. 2 ст. 15, ч. 1 ст. 121 КК України як замах на умисне тяжке тілесне ушкодження потерпілому М., ч. 1 ст. 345 КК України як погроза вбивством, насильством або знищенням чи пошкодженням майна щодо працівника правоохоронного органу, яким був потерпілий П.

У Роздільнянський районний суд Одеської області надійшло подання старшого слідчого СВ Роздільнянського РВ ГУМВС України в Одеській області Д., в якому він просить застосувати до К. примусові заходи медичного характеру, вказуючи, що К. страждав і страждає хронічним психічним захворюванням – шизофренією параноїдальної форми, внаслідок чого в момент вчинення злочину не усвідомлював значення своїх дій і не міг керувати ними.

Вивчивши матеріали кримінального провадження, вислухавши думки, суд вирішив, що до К. необхідно застосувати примусові заходи медичного характеру з таких підстав.

Згідно з висновком амбулаторної судово-психіатричної експертизи №16 від 10.01.2012 року К. страждав і страждає хронічним психічним захворюванням – шизофренією параноїдальної форми, безперервного типу перебігу, галюцинаторно-маревним синдромом, внаслідок чого не міг і не може усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, як в період здійснення інкримінованого йому діяння, так і в даний час. За своїм психічним станом К. потребує застосування примусових заходів медичного характеру – госпіталізації до психіатричної лікарні з суворим наглядом.

Враховуючи викладене, К. підпадає під дію ч. 2 ст. 19 КК України і не підлягає кримінальній відповідальності, і за психічним станом, в силу соціальної небезпеки потребує застосування примусових заходів медичного характеру – госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, відповідно до п. 4 ч.1 ст. 94 КК України, постановив застосувати відносно К. примусові заходи медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричної лікарні із суворим наглядом [94].

По суті примусові заходи медичного характеру є засобом захисту від суспільно небезпечних діянь неосудних осіб шляхом їх лікування або поліпшення психічного стану. Вони не містять елементів кари, не тягнуть судимості, не переслідують мети виправлення, в першу чергу здійснюються в інтересах самого хворого і застосовуються для лікування та соціальної адаптації [24, с. 283].

Застосування покарання до даних осіб було б несправедливим і недоцільним; так як своїх цілей (виправлення і спеціального попередження) покарання у даному випадку не досягне.

Примусові заходи медичного характеру можуть застосовуватися тільки щодо тих осіб, які за характером вчиненого діяння і свого хворобливого стану створюють небезпеку для суспільства і себе. Як зазначалося, суспільна небезпека неосудної особи повинна характеризуватися трьома критеріями: кримінально-правовим (юридичним), психологічним (соціально-психологічним) і медичним. Кримінально-правовий (юридичний) критерій характеризує тяжкість вчиненого суспільно небезпечного діяння, психологічний (соціально-психологічний) – поведінку хворого до і після його вчинення. Медичний критерій характеризується клінічною формою психічного захворювання або психічного відхилення, його глибиною і складністю, динамікою перебігу хвороби.

Одного критерію – кримінально-правового (юридичного), психологічного (соціально-психологічного) або медичного недостатньо для визначення суспільної небезпеки неосудного. Висновок про це можна зробити тільки на підставі їх сукупності. Однак потрібно мати на увазі, що є психічний стан особистості, який враховується не тільки на момент його усвідомлення, але й прогнозується на майбутнє. Застосування заходів медичного характеру буде не обґрунтованим, якщо особа страждає таким психічним захворюванням або психічним відхиленням, яке не пов'язане з небезпекою для себе або інших (суспільства), а також виключає рецидив суспільно небезпечного діяння. І

навпаки, якщо внаслідок тимчасового поліпшення стану на момент його усвідомлення особа не представляє небезпеки, але з урахуванням характеру перебігу хвороби, динаміки та напрацьованих психіатрією критеріїв неможливо виключити повторення суспільно небезпечного діяння.

Примусові заходи медичного характеру повинні застосовуватися до трьох категорій осіб, кожна з яких має свої особливості, характеризується специфічними ознаками.

До першої категорії належать особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння, передбачені Особливою частиною КК України, в стані неосудності. В силу психічного захворювання (у більшості) або психічного відхилення вони не здатні усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними.

Застосування до них примусових заходів медичного характеру обумовлене метою усунення причин (психічна хвороба) суспільної небезпеки поведінки. Такі особи відповідно не притягуються до кримінальної відповідальності.

Другу категорію складають особи, які вчинили злочин у стані обмеженої осудності. Зазначені особи притягуються до кримінальної відповідальності. Психічна аномалія (як правило) таких осіб враховується судом при призначенні покарання і може бути підставою для застосування примусових заходів медичного характеру.

Примусові заходи медичного характеру можуть застосовуватися і до обмежено осудних. Підставою для їх застосування є висновок судово-психіатричної експертизи, враховуючи характер, тяжкість психічної аномалії, тяжкість вчиненого злочину та ступінь небезпеки особи для себе, оточуючих або суспільства.

При призначенні покарання обмежено осудній особі реально можна застосовувати такий вид, як надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, тобто лікування у психіатра за місцем відбування

покарання або за місцем проживання засудженої особи в разі призначення покарання, не пов'язаного з позбавленням волі.

До третьої категорії належать особи, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли психічним розладом до постанови судового вироку або під час відбування покарання, що робить неможливим призначення або виконання покарання.

Застосування до цих осіб покарання неможливо, тому що воно не здійснить необхідного карального впливу, не може досягти поставленої перед ним мети [55, с. 26].

У всіх зазначених вище випадках застосування примусових заходів медичного характеру можливе за одночасної наявності трьох умов:

1) вчинення суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом;

2) психічне захворювання (як правило) або психічне відхилення особи виключає можливість усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними;

3) в силу характеру діяння і хворобливого стану дана особа небезпечна для суспільства і себе.

Таким чином, для вирішення питання про вибір засобів кримінально-правового впливу необхідно враховувати суспільну небезпеку вчинення діяння, але ще більшою мірою потрібно враховувати властивості особистості, її соціальну небезпеку, тобто ознаки, що знаходяться за рамками вчиненого психічно хворою особою діяння.

Вивчення деяких кримінальних справ свідчить про те, що суди в своїх висновках про суспільну небезпеку неосудних осіб посилаються на характер і тяжкість суспільно небезпечних дій, форму психічного захворювання та його прояв, а також відомості, що характеризують соціальну небезпеку особи.

Тим більше в ряді випадків, суди обмежуються вказівкою на характер і тяжкість вчиненого діяння без посилання на дані про психічне захворювання і таким чином не враховують суспільну небезпеку психічно хворої особи.

Відповідно до закону (ст. 92 КК України) «цілями застосування примусових заходів медичного характеру є обов'язкове лікування, а також попередження вчинення ними нових діянь, передбачених статтями Особливої частини цього Кодексу» [45, с. 200].

Виходячи зі змісту даної статті, ці цілі можна розділити на медичні та правові (юридичні). Мета медичного характеру визначається альтернативно: «вилікування» або «поліпшення психічного стану» психічно хворих осіб. Метою правового характеру є попередження вчинення ними нових суспільно небезпечних діянь.

Очевидна ієрархія зазначених цілей: медичні цілі є найближчими, а правові – перспективними. Подібне розмежування цілей має важливе методологічне значення, необхідне для більш глибокого з'ясування соціального призначення інституту примусових заходів медичного характеру. Реалізовані медичні цілі служать засобом досягнення правових цілей. Незважаючи на нормативне закріплення цілей примусових заходів медичного характеру в КК України, в науці кримінального права в даний час немає єдності думок щодо цілей цих заходів. У юридичній літературі зазначається, що перелік цілей, закріплений у ст. 92 КК України, є неповним. У підручниках із судової психіатрії вказується, що примусові заходи медичного характеру, з одного боку, спрямовані на лікування психічно хворих, а з іншого – мають мету захистити суспільство від суспільно небезпечних дій, вчинених цими особами.

Наприклад, Б.А. Протченко, погоджуючись з думкою Ш.С. Рашковської та Я.М. Калашника, вважав, що зазначені заходи застосовуються для відновлення психічного стану осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння, і захисту суспільства від їхньої небезпечної поведінки. Більш повно ці цілі визначав С.Я. Улицький, вважаючи, що примусовими заходами медичного

характеру переслідуються цілі попередження вчинення психічно хворими нових суспільно небезпечних діянь, тобто захисту суспільства від нових суспільно небезпечних діянь, охорони особистості психічно хворих; вилікування і соціальної реабілітації психічно хворих [151, с. 53].

Деякі вчені пропонують віднести до цілей примусових заходів медичного характеру «проведення заходів соціальної реабілітації» (вироблення у хворих навичок життя в суспільстві), тією мірою, в якій це можливо в умовах медичних установ, що здійснюють примусове лікування [40, с. 24]. Пропонується виділяти і таку ціль, як «забезпечення безпеки хворого для самого себе» [22, с. 26]. Охорона особистості психічно хворих виражається у недопущенні самогубства психічно хворого або заподіяння ним шкоди своєму здоров'ю, а також у захисті життя, здоров'я, статевої недоторканності, честі та гідності психічно хворого від протиправних дій з боку третіх осіб, яким може сприяти психічний стан психічно хворого.

Коментатори нормативного припису справедливо вважають, що «ясно сформульовані цілі ... служать орієнтирами для правильної, однакової правозастосовчої діяльності» [67, с. 28]. Разом з тим деякі автори змішують або ототожнюють цілі та завдання кримінально-правового впливу і тим самим ускладнюють проблему визначення мети примусових заходів медичного характеру [156, с. 45].

Цілі примусових заходів медичного характеру (декларовані положення) та завдання (які вирішуються проблеми) пов'язані між собою, але не тотожні, оскільки різняться за змістом. Цілі примусових заходів медичного характеру виражають уявлення законодавця про кінцеві результати примусового лікування суспільно небезпечних психічнохворих осіб, які вчинили кримінально-протиправні діяння. Завдання примусових заходів медичного характеру являють собою проблеми кримінально-правового та медичного характеру, які доводиться вирішувати правозастосовцю в процесі досягнення

кримінально-правових і медичних цілей застосування примусового лікування психічнохворих осіб.

По суті, цілі застосування примусових заходів медичного характеру визначають основні напрями діяльності органів слідства, суду, кримінально-виконавчих установ відповідного профілю щодо психічнохворих, які вчинили кримінально-протиправні діяння.

Чинне кримінальне законодавство відносить до цілей застосування примусових заходів медичного характеру два напрямки діяльності правоохоронних органів та медичних установ:

1. Обов'язкове лікування (неосудних, обмежено осудних, та осіб хворих психічною хворобою після вчинення злочину).

2. Попередження вчинення ними нових кримінально-протиправних діянь [44, с. 299].

Утім, аналіз законодавчих та інших нормативно-правових актів, які регулюють примусові заходи медичного характеру, та вивчення практики їх застосування дозволяє висловити думку, що примусові заходи медичного характеру переслідують ще й такі цілі:

- 1) охорону особистості психічно хворих;
- 2) їх виправлення (для осіб, яким примусові заходи медичного характеру призначені поряд з покаранням).

Під обов'язковим лікуванням слід розуміти поліпшення психічного стану особи, досягнення стійкої, довготривалої ремісії при відсутності скільки-небудь помітних змін особистості.

Психіатри вважають, що при кожному психічному захворюванні спостерігається певна група синдромів, наявність або відсутність яких дозволяє говорити про той чи інший психічний стан особи. Втім, можлива і така зміна психічного стану, яка не супроводжується покращенням, але робить хворого безпечним для оточуючих або для себе (млявість, апатія з одночасним згасанням маячних ідей) [21, с. 8]. Обов'язкове лікування психічно хворих –

найсуттєвіша мета, оскільки цим досягаються й інші цілі – охорона суспільства і особистості самих психічно хворих. Для досягнення цієї мети до хворих застосовуються всі необхідні апробовані методи лікувальної та інших видів терапії [97, с. 87]. Однак психічні захворювання не завжди піддаються повному лікуванню. Наприклад, психіатри вельми песимістично оцінюють можливість лікування шизофренії. Більшість дослідників вважають, що сприятливий результат захворювання (результат в ремісію, тобто часткове або повне зникнення ознак захворювання) можливий у 30-40% випадків. Утім, серед осіб, визнаних неосудними, біля 50% хворі на шизофренію [7, с. 79].

Попередження – це система соціально-правових та медико-реабілітаційних заходів, завдяки яким особа позбавляється можливості повторного вчинення суспільно небезпечних діянь. Правий Н.Г. Іванов в тому, що такі можливості можуть бути абсолютно різноманітними, але головне полягає в тому, щоб вони відповідали цілям безпеки суспільства і не суперечили імперативам законності, гуманізму і справедливості [32, с. 19].

В юридичній літературі справедливо зазначається, що, на відміну від цілей покарання, при застосуванні примусових заходів відсутня мета загальної превенції – попередження злочинів, вчинених іншими особами [170, с. 24]. Зазначені заходи виключають можливість застосування каральних засобів замість лікувально-реабілітаційних. Метою застосування примусових заходів медичного характеру ні в якому разі не є кара або покарання особи. Примусові заходи медичного характеру припускають застосування таких засобів, як медикаментозна терапія, психотерапія, трудотерапія та інших реабілітаційних засобів, спрямованих на відновлення соціальної адаптації хворих осіб.

Висновки до Розділу 1

Еволюція поглядів на проблему лікування осіб з психічними розладами пройшла багатовіковий шлях, в якому можна виділити сім основних етапів.

Інститут примусових заходів медичного характеру у своєму розвитку пройшов шлях від міфологічних уявлень про психічні захворювання і відсутність медичної допомоги до появи психіатрії як окремої галузі науки, а також виділення примусових заходів медичного характеру в самостійний інститут кримінального права. Істотний прогрес відзначається, починаючи з XVII століття, коли з'явилися перші психіатричні лікарні, хворим починає надаватися психіатрична допомога. XIX століття було ознаменоване подальшими позитивними змінами, зокрема появою перших спроб правової регламентації примусових заходів медичного характеру. Радянський період розвитку ознаменувався низкою негативних тенденцій, серед яких: використання психіатрії як засобу боротьби з інакомисленням; тенденція до регуляції питань примусових заходів медичного характеру підзаконними актами; відсутністю судового контролю за наданням недобровільної психіатричної допомоги.

Примусові заходи медичного характеру призначаються, виходячи з суспільної небезпеки психічно хворої особи. Суспільна небезпека хворого визначається як характером і змістом його суспільно небезпечних дій, так і психічним станом. Про це, зокрема, можуть свідчити такі обставини, як неодноразовість суспільно небезпечних посягань, підвищена збудливість і агресивність хворого, тяжкість психічного стану, високий ступінь небезпеки вчиненого діяння і т. п. Отже, сутність примусових заходів медичного характеру, за загальноприйнятою думкою, полягає в тому, щоб забезпечити безпеку психічно хворих, захистити від них суспільство та вилікувати або покращити стан психічно хворих.

Примусові заходи медичного характеру не містять в собі кари, не переслідують мету виправлення, не містять негативної оцінки суспільно небезпечної поведінки психічно хворого. Сутність примусу проявляється не у відбуванні покарання, а в забезпеченні прийнятих заходів медичного характеру в інтересах суспільної безпеки та лікування психічно хворого.

По суті примусові заходи медичного характеру є засобом захисту від суспільно небезпечних діянь неосудних осіб шляхом їх лікування або поліпшення психічного стану. В першу чергу, вони здійснюються в інтересах самого хворого і застосовуються для лікування і соціальної адаптації.

За своєю правовою природою примусові заходи медичного характеру є кримінально-правовими заходами безпеки, сутність яких полягає в примусовому лікуванні осіб, які вчинили суспільно-небезпечні діяння і які становлять небезпеку за своїм психічним станом.

Тому видається доцільним усе різноманіття передбачених законом кримінально-правових заходів поділяти не за схемою «покарання та інші заходи», а залежно від суті і призначення відповідних видів заходів – на каральні і некаральні заходи (заходи безпеки).

За структурою система кримінально-правових заходів протидії злочинності повинна включати дві групи заходів. Перша з них – система заходів кримінально-правового впливу (система каральних заходів), яка включає кримінальне покарання і різні види звільнення від кримінального покарання, в тому числі умовне засудження. Перераховані заходи об'єднують єдина каральна суть, усі вони є різними формами реакції держави на вчинення злочину, застосовуються за вчинення злочинів відносно осіб, які їх вчинили, призначаються з урахуванням ступеню та характеру суспільної небезпеки заради кримінально-правових цілей відновлення соціальної справедливості, виправлення засудженого і попередження нових злочинів.

Друга група заходів – система заходів безпеки в кримінальному праві (некаральні заходи), або інакше кажучи – «інші заходи кримінально-правового характеру» (система некаральних заходів), що включає медичні та інші заходи безпеки, які мають некаральну суть, застосовуються не за вчинення злочину, а у зв'язку із здійсненням забороненого кримінальним законом суспільно небезпечного діяння до особи, яка його вчинила, в цілях забезпечення її безпеки для самої себе і для суспільства в цілому, її лікування, ресоціалізації й

т. п. Окрім заходів медичного характеру, до вказаної групи можуть бути віднесені примусові заходи виховного характеру, примусове лікування та спеціальна конфіскація (конфіскація предметів, вилучених з цивільного обороту, знарядь і засобів вчинення злочину).

При такому підході під іншими заходами кримінально-правового характеру (заходами безпеки в кримінальному праві) пропонується розуміти сукупність різних передбачених кримінальним законом некаральних заходів, покликаних сприяти вирішенню завдань та досягненню цілей (охоронної та регулятивної) кримінального права.

Особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності, в силу психічного розладу не здатні усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними. Застосування до них примусових заходів медичного характеру обумовлене необхідністю усунення причини суспільно небезпечної поведінки – психічного розладу.

Застосування примусових заходів медичного характеру можливо при одночасній наявності трьох умов:

- 1) вчинення суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом;
- 2) психічний розлад особи, що виключає можливість усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними;
- 3) характер діяння і хворобливий стан особи, небезпечний для суспільства.

Дослідження цілей і підстав застосування примусових заходів медичного характеру, аналіз різних джерел з поставлених питань, а також порядку законодавчого регулювання цього правового інституту дозволяють дійти висновку про доцільність внесення відповідних доповнень до КК України. Пропонується ст. 92 КК України доповнити частиною другою наступного змісту: «Підставою застосування примусових заходів медичного характеру є

суспільно небезпечне діяння, що вчинене особою, яка має психічне захворювання та потребує медичної допомоги, якщо вона завдає або має намір завдати шкоди собі, оточуючим або охоронюваним законом правам та інтересам особи або держави, а також коли існує реальна можливість нанесення такої шкоди цією особою».

Примусові заходи медичного характеру мають двоєдину лікувально-попереджувальну мету. З одного боку, їх застосування захищає інтереси хворого, оскільки реалізація цих заходів спрямована на лікування чи поліпшення його психічного стану. З іншого боку, застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється в інтересах суспільства, так як воно спрямоване на запобігання нових кримінально-протиправних дій з боку психічно хворих осіб. Фактично медична мета примусових заходів медичного характеру виступає як засіб досягнення юридичної мети, яка полягає в забезпеченні безпеки як хворого, так і оточуючих.

РОЗДІЛ 2

ОСОБИ, ДО ЯКИХ МОЖУТЬ БУТИ ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

2.1. Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані неосудності

Відповідно до кримінального закону існує три категорії осіб, які страждають психічними розладами, до яких можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру (ст. 9 КК України), це особи:

- 1) які вчинили у стані неосудності суспільно небезпечні діяння;
- 2) які вчинили у стані обмеженої осудності злочини;
- 3) які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання.

У випадках, коли хворі за своїм психічним станом не становлять суспільної небезпеки, суд має право не призначати примусових заходів медичного характеру, а передати їх відповідно до закону (ч. 6 ст. 94 КК України) на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.

До першої категорії законом (ч. 1 ст. 93 КК України) віднесено осіб, яким суд може призначити примусові заходи медичного характеру у зв'язку з вчиненням ними суспільно небезпечних діянь, передбачених статтями Особливої частини КК України, у стані неосудності.

Неосудні – це особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння в стані психічного розладу хронічного, тимчасового або іншого хворобливого стану психіки, внаслідок якого така особа не могла діяти свідомо або керувати своїми діями під час вчинення небезпечного діяння.

Проблема неосудності займає особливе місце серед проблем, пов'язаних із застосуванням примусових заходів медичного характеру, виникає лише у

зв'язку з вчиненням суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом.

Право визнання особи осудною або неосудною належить лише суду. Справді наукове розуміння неосудності визначає правильний підхід суддів до цієї складної проблеми в цілому і до вирішення конкретних справ про застосування примусових заходів медичного характеру.

Психічне захворювання може спричинити втрату людиною вольових і розумових здібностей, зникнення або зниження організуючої функції вищих відділів головного мозку. Тому неосудний незалежно від характеру, тяжкості вчиненого і наслідків, які настали, не може бути визнаний винним. У чинному законодавстві стосовно неосудних вживається термін «особа, яка вчинила суспільно небезпечне діяння». Однак деякі суди, встановивши неосудність особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, визнають її в своїх висновках винною, та іменують «обвинуваченим», «підсудним», що є результатом неправильного розуміння неосудності.

Розлад душевної діяльності і неосудність – поняття органічно взаємопов'язані, але аж ніяк не тотожні: зовсім не кожен психічно хворий, який вчинив суспільно небезпечне діяння, може бути визнаний неосудним [13, с. 19].

Неосудною у кримінальному праві в судовому порядку визнається особа, до якої, згідно із законом, за вчинене нею суспільно небезпечне діяння в силу наявного у неї хронічного психічного захворювання, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану психіки, в порядку кримінального провадження можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру.

Так, Біляївський районний суд Одеської області, розглянувши матеріали про застосування примусових заходів медичного характеру відносно Л.Д. 1988 р., що вчинив злочин, передбачений ст. 297 КК України встановив, що Л.Д. 18.01.88 р. н., будучи судимим 16.11.06 р. Тарутинським р/с за ч. 1 ст. 15-186 КК України до 1 р. умовно, під час відбуття покарання знову вчинив

злочин. 27.08.07 р. в с. В. Дальник на кладовищі, Л.Д. упродовж години перекинув 30 пам'ятників і витягнув з надгробків 10 хрестів.

Таким чином, у результаті дій з боку Л.Д., що виявилися у порузі над могилами померлих, шляхом перекидання пам'ятних постаментів, уламування і витягування хрестів, що відбувалися протягом години, заподіяв родичам померлих матеріальний збиток на суму 4700 гривень, і матеріальний збиток В. Дальницькій сільській раді на суму 1050 грн.

Суспільно небезпечне діяння Л.Д. повністю підтверджується матеріалами кримінальної справи про те, що 27.08.07 р. в с. В. Дальник на території кладовища виявлено ушкодження 40-ка надгробків. Таким чином, суд дійшов висновку, що в діях Л.Д. 18.01.1988 р.н. вбачаються ознаки злочину, передбаченого ст. 297 КК України. Однак, на підставі ст. 18 КК України, Л.Д. не є суб'єктом даного злочину і на підставі ч. 2 ст. 19 КК України не підлягає кримінальній відповідальності, оскільки, згідно з висновками акту №71 комісійної стаціонарної судово-психіатричної експертизи від 01.11.2007 р. Л.Д. на період здійснення інкримінованого діяння, а так само в даний час страждав і страждає хворобливим психічним розладом у вигляді гострого алкогольного галюцинозу внаслідок зловживання алкоголю, у зв'язку з чим не міг контролювати свої дії і керувати ними. Л.Д. потребує застосування примусових заходів медичного характеру.

Керуючись ст. ст. 419-421 КПК України (за КПК України 2012 р. – ст. ст. 512, 514), ст. ст. 92-94 КК України, суд постановив Л.Д. госпіталізувати до психіатричної лікарні із звичайним наглядом для застосування до нього примусових заходів медичного характеру [91].

Особа з психічним розладом – це така особа, яка в силу наявної у неї хвороби (психічного розладу) або хворобливого стану (недоумства або іншого хворобливого стану) і характеру вчиненого суспільно небезпечного діяння потребує лікарняного утримання та лікування амбулаторно або в психіатричному стаціонарі. При цьому ще раз слід зазначити, що термін

«неосудний» в кримінальному праві та кримінальному процесі за своїм обсягом та змістом вужче терміну і поняття «особа з психічним розладом» («психічно хворий»). За правовою природою поняття «неосудний» юридичне, а не медичне. Неосудний знаходиться поза сферою дії кримінальної відповідальності, тоді як особа з психічним розладом, що не виключає осудності, підлягає кримінальній відповідальності за вчинений злочин і до неї, згідно із законом, можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру.

Диференціація і реалізація кримінальної відповідальності, індивідуалізація покарання щодо осіб з психофізіологічними особливостями і психічними розладами, що не виключають осудність, це вже питання іншого порядку, але не питання про осудність чи неосудність суб'єкта суспільно небезпечного діяння.

Кримінально-правова сутність неосудного полягає в тому, що він в силу наявних у нього психопатологічних (викликаних хворобою або хворобливим станом психіки) і збережених негативних соціально-психологічних і психопатологічних установок є носієм суспільної небезпеки, а самі його діяння за своїм характером являють серйозну небезпеку для суспільства у випадках, передбачених кримінальним законом.

Звідси і впливає завдання попередження суспільно небезпечних діянь неосудних кримінально-правовими засобами, передбаченими в самому кримінальному законі.

Неосудність визначається сукупністю умов, що виключають кримінальну відповідальність особи внаслідок порушень її психічної діяльності, викликаних хворобою.

Формула неосудності включає в себе два критерії: юридичний і медичний. Юридичний (психологічний) критерій характеризує ступінь розладу свідомості і волі особи під час вчинення нею суспільно небезпечного діяння. Юридичний критерій відображає два моменти: когнітивна (інтелектуальна)

ознака неосудності і вольова ознака. Когнітивну ознаку неосудності законодавець визначає як нездатність «усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності)»; вольова ознака неосудності позначена як нездатність «керувати ними». В юридичній і судово-психіатричній літературі когнітивна ознака традиційно йменується інтелектуальною, як така, що має відношення до інтелекту. Це пов'язано з тим, що мова йде про функціонування пізнавальних (когнітивних) здібностей інтелекту індивіда. У разі неосудності має місце явна патологія пізнавальних здібностей: особа не може контролювати свої дії, тобто усвідомлювати їх фактичний характер і соціальну значимість.

У зміст медичного критерію законодавець включає чотири форми хворобливих розладів психічної діяльності: хронічний психічний розлад; тимчасовий психічний розлад; слабоумство, а також інший хворобливий стан психіки.

Спробуємо більш детально розглянути юридичний (психологічний) і медичний критерії неосудності.

1. Хронічний психічний розлад являє собою психічне захворювання ендogenous (внутрішнього) або екзогенного (зовнішнього) походження. До захворювань ендogenous характеру відносять шизофренію, маніакально-депресивний психоз, епілепсію та інші психічні захворювання, у виникненні яких основне значення мають внутрішні чинники. До захворювань екзогенного характеру відносять такі органічні захворювання, як мозкові травми, різні інтоксикації (отруєння), в походженні яких основну роль відіграють зовнішні фактори.

2. Тимчасовий (за англomовною термінологією «транзиторний») розлад є так званим винятковим станом. До виключних станів відносять групу швидкоплинних психічних порушень, що виникають, як правило, у психічно здорових осіб у вигляді патологічного сп'яніння, патологічного афекту,

просоночних станів з сутінковим порушенням свідомості, а також такі реактивні стани, як неврози і психози.

3. Слабоумство є захворюванням, яке обумовлено патологією розвитку і являє собою стійке зниження інтелектуальної діяльності. Воно може бути вродженим (олігофренія) або придбаним (деменція). За ступенем вираженості розумової недостатності розрізняють три види олігофренії: дебільність (легка); імбецильність (середня); ідіотія (глибока). Підставою для визнання особи неосудною є середній ступінь слабоумства або ускладнена дебільність.

4. Іншим хворобливим станом психіки визнаються такі розлади психічної діяльності і хворобливого характеру, що не підпадають під ознаки названих трьох категорій. Класичним прикладом таких аномалій є психопатії, глухонімота, яка при несприятливих умовах (відсутність належного виховання, навчання) може призвести до різкого обмеження розумових здібностей людини, а також затримки психофізичного розвитку у формі інфантилізму, тобто психічної незрілості. Ознаки психопатії змінюються в процесі розвитку особистості, проте в основі динаміки цього психічного стану не відзначається прогресування, властиве психічній хворобі. При психопатіях немає таких важких хворобливих проявів, як марення, галюцинації, розлади свідомості, дезорієнтація та інші, що й відрізняє їх від справжніх психічних захворювань. Психопатії являють собою відхилення від нормальних характерологічних властивостей особистості. Патологічна структура особистості психопата може перешкоджати повному її пристосуванню до навколишнього середовища. Психопати, як правило, визнаються осудними. Однак деякі психопатичні особистості, у яких потворність характеру надзвичайно глибока (параноїчні, глибоко астенічні особистості), можуть визнаватися неосудними. У сучасній психіатрії психопати розглядаються як особи, що мають відхилення в емоційно-вольовій сфері, від ненормальності яких страждають або вони самі, або суспільство. Ознаки психопатії визначаються як особистісні аномалії (розлади особистості і поведінки), властиві особі протягом усього життя [58, с. 120].

Вказуючи на чотири групи психічних розладів, законодавець, очевидно, мав намір показати, що ступінь і характер психічних розладів можуть бути різними.

Разом з тим навряд чи дане формулювання медичного критерію неосудності можна назвати вдалим. На нашу думку, диференціація психічних розладів по групах не сприяє ні вдосконаленню норми кримінального закону, ні створенню для експертів будь-яких чітких критеріїв при визначенні медичного критерію неосудності.

Якщо звернутися до наукової літератури, то можна помітити, що про це писали ще вчені XIX століття: «З тих пір, як законодавство відмовилося від перерахування певних форм душевної хвороби, що виключають здатність до осудності, термінологія втратила колишнє судово-медичне значення» [77, с. 14].

Дійсно, поділ психічних розладів на чотири групи зайвий, необхідності в цьому немає.

Слід погодитися з пропозицією С. Н. Шишкова, викладеній в його останніх роботах, присвячених проблемам неосудності, про введення в текст кримінального закону формулювання «психічний розлад» на заміну існуючого переліку.

Існує думка про те, що «в даний час передчасно ставити перед законодавцем питання про перегляд медичного критерію неосудності в кримінальному законі, оскільки психіатри ще самі не дійшли до певного висновку з цього приводу» [64, с. 12].

Формулювання «психічний розлад», яке є необхідним, на нашу думку, в ст. 19 КК України, самодостатнім як медичний критерій неосудності, цілком охоплює весь спектр захворювань, які можуть відноситися до цього критерію. Для цього зовсім не потрібно називати якісь конкретні види психічних розладів – ні ті, які існують сьогодні в формулюванні неосудності в законі, ні будь-яких інших.

Існує пропозиція про виділення наступних «двох ознак медичного критерію неосудності: 1) слабоумство (вроджене або придбане) і 2) хворобливий стан психіки» [108, с. 93]. Як обґрунтування даної пропозиції називається достатність даних ознак для узагальнюючого розуміння суті психіатричної діяльності, що супроводжуються ураженням інтелектуальної сфери», а під другою ознакою – психоз як «будь-який хворобливий стан психіки, при якому психічна діяльність хворого відрізняється повною невідповідністю навколишній дійсності, або відображення реальності грубо спотворене» [108, с. 97]. Вважаємо, що й таке виділення узагальнюючих ознак медичного критерію не сприятиме виділенню чітких клінічних критеріїв відмежування їх один від одного, воно виглядає також умовним і зайвим, як існуючі сьогодні в кримінальному законі ознаки розладів. Суворо кажучи, для прийняття рішення про неосудність взагалі не має значення, до якого типу відноситься психічний розлад особи – до хронічного, тимчасового, недоумства, чи іншого хворобливого стану психіки.

Вивчення показало, що погляди одних і тих самих авторів, узятих в динаміці, бувають прямо протилежними. Приміром, Г.В. Назаренко своє дисертаційне дослідження присвятив обґрунтуванню необхідності виключення переліку різних форм психічних розладів у медичному критерії неосудності з викладом аргументів на користь цього [70, с. 14]. Однак ним же пізніше відстоюється протилежна точка зору про те, що «...спрощення медичного критерію здатне на практиці призвести до негативних результатів. Стирання між хронічними, тимчасовими та іншими розладами психіки дає можливість екскульпувати більш широке коло осіб за рахунок недиференційованого підходу до розладів психічної діяльності в експертній практиці. Крім того, відсутність чітких медичних критеріїв, які можуть служити орієнтирами для судової практики, позбавляє суд можливості дати кваліфіковану оцінку експертного висновку і винести обґрунтовану ухвалу про неосудність» [73, с. 33].

На нашу думку, дані побоювання автора дещо перебільшені. Сам факт наявності чотирьох видів розладів не створює чітких критеріїв для відмежування одних видів захворювань від інших – це можливо лише в разі глибоких уражень психіки, а у спірних випадках не має значення. Як видається, це також не може впливати на судову оцінку і на екскульпацію більш широкого кола осіб піддослідних.

Крім того, на нашу думку, й саме віднесення психічної хвороби до того чи іншого виду є досить умовним. Воно може цікавити експертів для окреслення клінічної характеристики захворювання, але для юристів абсолютно не відіграє ніякої ролі, «розподіл» хворіб за вказаними в ст. 19 КК України видами психічних розладів (хронічне, тимчасове, недоумство, інший) абсолютно не впливає на вирішення питання про визнання особи неосудною, і такий поділ видається позбавленим смислового навантаження.

Безсумнівно, у визначенні медичного критерію неосудності обов'язково необхідно мати на увазі хворобливий характер розладу психіки, так як тільки він може утворювати медичний критерій неосудності. Всі не хворобливі розлади психіки (ними Ю.С. Богомягков називає глибоким ступенем фізіологічного сп'яніння, психофізичним недорозвиненням неповнолітніх, фізіологічним афектом, станом нервово-психічних перевантажень, що виникають в ситуації «людина-машина», глухонімота та інші фізичні недоліки і деякі інші стани, якщо вони не спричинили патологічних змін у психіці) [19, с. 105] не можуть бути віднесені до медичного критерію неосудності, однак обов'язково повинні бути враховані при призначенні покарання. С.Н. Шишков, підкреслюючи хворобливий характер розладу психіки, в своїх більш ранніх роботах про неосудність пропонував як найменування медичного критерію неосудності використовувати терміни «психічна хвороба або інший хворобливий стан» [164, с. 20]. Як зазначалося, свою думку про це висловлював ще В. Х. Кандинський, стверджуючи, що «не хворобливі розлади душевної

діяльності не повинні у нас виключати осудність, виключають її тільки хворобливі душевні розлади» [37, с. 13].

На думку авторів, медичний критерій встановлюється судово-психіатричною експертизою. Так як цим займаються психіатри, то і критерій повинен називатися психіатричним [18, с. 5]. Однак, як видається, в даному питанні якраз важлива суть даного критерію, а не його назва.

Оскільки наявність одного з передбачених кримінальним законом психічних захворювань є лише однією стороною неосудності, що відбиває лише один з критеріїв неосудності – медичний, особа може бути визнана осудною і при наявності психічного розладу, якщо при цьому вона втратила здатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними. Отже, медичний критерій осудності, крім повного психічного здоров'я, може доповнювати також і хронічний психічний розлад, і тимчасовий психічний розлад, і слабоумство, і будь-який інший хворобливий стан психіки. На це прямо вказував В. С. Трахтеров, відзначаючи, що осудність може бути при наявності будь-якого з видів психічних розладів, перерахованих у законі [128, с. 10].

У зв'язку з цим, можна побачити антиномію, яка полягає в тому, що медичний критерій в його нинішньому розумінні й може, й не може бути ознакою, що відрізняє осудність від неосудності, що розглядається деякими авторами як порушення положень формальної логіки. Тому, відмежування неосудності від осудності за медичним критерієм не завжди буває можливим. Процес відмежування даних категорій завжди повинен спиратися на розгляд кожного з критеріїв.

Відзначаючи важливість юридичного критерію неосудності, М.С. Таганцев писав, що «тільки завдяки цим критеріям на суді може встановитися взаємне розуміння лікарів та юристів» [127, с. 285].

В.П. Сербський вказував, що «душевний розлад має значення для судді не як хвороба, а як явище, що виключає відповідальність. Не тому людина стає

неосудною, що вона хвора, а тому, що хвороба позбавляє її свободи судження і свободи вибору того або іншого способу дії» [117, с. 10].

Психологами правильно зазначається помилковість підходу, згідно з яким вирішальна роль у визначенні неосудності відводиться медичному критерію за схемою «діагноз» – висновок про осудність – неосудність». Як правило, при цьому упускається розгляд психологічного критерію. Видаються цілком обґрунтованими побоювання в тому, що виявленої медичної симптоматики (яка часто проводиться на день обстеження, а не ретроспективно) недостатньо, щоб судити про осудність – неосудність на момент діяння.

Говорячи про недоліки проведення судової експертизи, О.Д. Сітковська відзначає, що всі висновки експертів схематичні, що свідчить про те, що методика проведення експертиз відпрацьована і досить одноманітна. Типова схема висновку включає анамнез, неврологічний і психічний статус підекспертного, перелік деяких рис його характеру, оцінку рівня інтелекту і виходить переважно зі спостереження при контакті. Основна увага приділяється обґрунтуванню наявності або відсутності психічного захворювання, а не оцінці здатності усвідомлювати фактичну сторону і соціальну значимість своїх дій та керувати ними в конкретній ситуації [118, с. 12].

Так, 26 травня 2010 року Кодимський районний суд Одеської області, розглянувши у відкритому судовому засіданні подання прокурора про поміщення Н.Н. у медичний заклад для проведення стаціонарної комплексної судової психолого-психіатричної експертизи, встановив, що Н.Н., звинувачується у вчиненні злочинів, передбачених ч. 2 ст. 342 та ч. 2 ст. 345 КК України.

У ході розслідування справи встановлено, що обвинувачений Н.Н. тривалий час перебував на обліку у лікаря-психіатра Кодимської ЦРЛ у зв'язку з психічним захворюванням, перебував на лікуванні в психіатричних установах області, що зумовлює необхідність встановлення його осудності. При

проведенні амбулаторного експертного дослідження експерти-психіатри дійшли висновку про неможливість визначення психічного стану Н.Н. шляхом його амбулаторного обстеження. У зв'язку з цим у справі призначена стаціонарна комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, керуючись ст. ст. 14, 21 Закону України «Про психіатричну допомогу», п. п. 2, 4, 25, 26, 28 Порядку проведення судово-психіатричної експертизи, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я №397 від 8 жовтня 2001 р., ст. ст. 76, 165-2, 204 і 205 КПК України, суд ухвалив, подання прокурора П. задовольнити. Н.Н. помістити в стаціонарне відділення Одеської обласної психіатричної клінічної лікарні №1 на період проведення стаціонарної комплексної судової психолого-психіатричної експертизи [89].

Автор даного дослідження поділяє думку О.Д. Сітковської, пов'язану з недоліками проведення експертизи психічного стану особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння. Слід зазначити, що саме проведення експертизи полягає у відповідях підекспертного на поставлені експертами запитання. Звичайно, на озброєнні експертів є (принаймні, повинна матися) повна медична документація, що характеризує матеріали на досліджувану особу і необхідні для експертизи матеріали справи. Однак, виходячи з даної методики, сумнівно, що за нетривалий період взагалі можливо вивчити психічний стан особи в момент вчинення суспільно небезпечного діяння, яке іноді віддалене від часу проведення експертизи на місяці і навіть роки.

До недоліків досудового розгляду слід віднести те, що слідчі найчастіше щодо обвинувачених призначають проведення судових психіатричних експертиз, вважаючи, що для визначення осудності суб'єкта цілком достатньо знань психіатрів. У результаті цього дослідження осіб проводяться не завжди повно, а висновки таких експертиз акцентують увагу на встановленні наявності або відсутності психічної хвороби, що явно недостатньо.

Вихід з даної ситуації вбачається в необхідності застосування психологічних знань при визначенні неосудності, які особливо потрібні при визначенні психологічного критерію неосудності.

З урахуванням викладеного цілком справедливо зазначається: «Не медична дихотомія – норма – патологія, а психологічна – здатність – нездатність до усвідомлено – вольовій поведінці в конкретному випадку відіграє вирішальну роль у змістовній характеристиці осудності- неосудності» [118, с. 14].

У зв'язку з вищевикладеним, вважаємо, що думка О.Д. Сітковської про вирішальну роль юридичного (психологічного) критерію при визначенні осудності-неосудності цілком обґрунтована. Втім, існують й інші думки з цього питання. Так, І.А. Кудрявцев вважає, що при визначенні медичного критерію вирішальна роль належить експерту-психіатру, а при визначенні юридичного критерію ролі експерта-психіатра і експерта-психолога паритетні – «до компетенції першого входить переважно розмежування станів можливості і неможливості усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій, тобто станів осудності-неосудності. До компетенції другого – диференціювання повної та обмеженої регуляції поведінки» [50, с. 92].

На нашу думку, медичний критерій, який в науці кримінального права також йменується «психіатричним», повинен встановлюватися експертами-психіатрами, а не юристами. Юридичний же критерій неосудності при проведенні експертизи повинен встановлюватися спільно психіатром і психологом, а далі аналізуватися органом слідства і судом в сукупності з усіма зібраними матеріалами кримінального провадження. Як уже зазначалося, за медичним критерієм часто просто неможливо провести відмежування осудності від неосудності; більш вагому участь в цьому відмежуванні повинен мати юридичний (психологічний) критерій.

Г.В. Назаренко вважає правильним іменувати інтелектуальну ознаку юридичного критерію когнітивною. Автор стверджує, що «цю ознаку слід

визначати не за приналежністю, а по виконуваній функції, оскільки мова йде про функціонування пізнавальних (когнітивних) здібностей індивіда» [72, с. 85?]. Вважаємо, що така думка може бути взята до уваги, але зміна формулювання особливої ролі в проблемі відмежування осудності від неосудності з переважним значенням юридичного (психологічного) критерію не відіграє.

Нині чинний кримінальний закон відмовився від словосполучення «не могла віддавати собі звіт у своїх діях (бездіяльності) і керувати ними». Дана фраза замінена новою про те, що особа «не могла усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними». Друга фраза порівняно з першою більш вдала і коректна, оскільки відображає більш точно соціальну сторону вчиненого діяння, його юридичну значимість. Словосполучення «не могла віддавати звіт» менш зрозуміла і конкретна; не ясно, який звіт потрібно віддавати і в чому конкретно. Видається неправильним видалення будь-яких елементів з цієї формули. Так, з наведеного вище визначення неосудності, запропонованого Г.В. Назаренком, невиправдано видалена вказівка на виключення при неосудності можливості особи усвідомлювати фактичний характер своїх дій (бездіяльності).

Рівень свідомості, що враховується при вирішенні питання про осудність-неосудність, стосовно характеристики інтелектуальної (когнітивної) ознаки юридичного критерію, можна встановити за допомогою теорії розуміння, розробленої на достатньо високому рівні:

- здатність до осмисленого сприйняття зовнішнього боку юридично значущих явищ (час, місце, послідовність подій та ін.);
- усвідомлення того, що фактично здійснює суб'єкт в момент часу;
- усвідомлення соціального значення юридично значущих явищ;
- особистісний сенс юридично значущих подій на рівні їхніх соціальних значень.

При викладенні інтелектуальної (когнітивної) ознаки юридичного (психологічного) критерію слід зазначити, що в сучасному кримінальному праві продовжує побутувати застаріла концепція інтелектуалізму, згідно з якою свідомість повністю «управляє» нашою поведінкою. На прийняття суб'єктом того чи іншого рішення сильно впливають такі чинники, як його емоційний стан в даний момент часу, несвідомі потяги, соціальні чинники. Установки, звички і навіть приналежність до тієї чи іншої національності або проживання в тому чи іншому регіоні. Необхідно враховувати дані обставини при визначенні неосудності особи взамін однозначному підходу концепції інтелектуалізму.

Відносно питання про юридичний (психологічний) критерій неосудності існує думка про те, що необхідно виділяти також емоційну ознаку, так як «при оцінці інтелектуального моменту вини необхідно враховувати емоційний стан суб'єкта. Негативні емоції можуть паралізувати інтелект суб'єкта, звужити сферу його діяльності, знизити його прогностичні можливості». При цьому емоційний стан у Кримінальному кодексі враховується лише в статтях про вбивство, умисне спричинення тяжкої шкоди здоров'ю і шкоди здоров'ю середньої тяжкості [57, с. 22].

На нашу думку, наявність в юридичному критерії інтелектуальної та вольової ознак охоплює все різноманіття розладів, включаючи і розлади емоційної сфери. Цей висновок випливає з того, що розлад емоційної сфери супроводжується розладом інтелекту або волі, або того й іншого одночасно, і при виникненні серйозного розладу емоційної сфери, як правило, виявляється інтелектуальна або вольова ознака психологічного критерію. Розлади емоційної сфери «не можуть потягнути за собою неосудності, а лише можуть бути обов'язковим або факультативним симптомом або синдромом психічної хвороби, що визначає неосудність» [146, с. 354]. Тому емоційна ознака, що є окремим випадком, проявом інтелектуальної та вольової ознаки, не потребує окремого закріплення в психологічному критерії неосудності.

Юридичний критерій неосудності доповнюється вольовою ознакою, яка означає нездатність керувати своїми діями. Щодо даної ознаки висловлено думку, що термін «керувати» недостатньо чіткий, потрібно замінити його на термін «контролювати». Проте вважаємо, що така зміна, яка не має принципового характеру, незначна і не настільки необхідна. Формулювання вольової ознаки змін не потребує.

У науці кримінального права вважається, що неосудність відноситься до числа до кінця не вивчених і багато в чому дискусійних проблем [73, с. 32]. Від вирішення даної проблеми залежить розуміння цілого ряду взаємопов'язаних з нею категорій кримінального права, а також судової психіатрії, оскільки, як вказувалося вище, неосудність відноситься до числа комплексних проблем і знаходиться на стику відразу декількох наук.

Згідно з ч. 2 ст. 19 КК України, неосудна особа не підлягає кримінальній відповідальності. Психіатрами наголошується, що неосудним притаманні такі особливості.

1. Наявність маячних ідей і галюцинацій під час вчинення вбивств або інших посягань проти особи (найчастіше при шизофренії);

2. Нездатність зрозуміти фактичний характер і соціальну небезпеку своїх дій при вчиненні посягань на чуже майно і громадський порядок (недомисел, властиве олігофренам);

3. Значне ослаблення контролю над своїми інстинктами, найчастіше сексуальними потягами, що веде до вчинення насильницьких дій сексуального характеру і розпусних дій стосовно малолітніх;

4. Афективні порушення у вигляді емоційної тупості, типової для шизофренії. Подібний стан зумовлює вчинення посягань проти особи і громадського порядку;

5. Істинна відсутність мотивів у стані порушеної свідомості (сутінкова свідомість, патологічне сп'яніння) при вчиненні імпульсивних суспільно небезпечних дій проти особистості.

Як можна побачити з наведеного переліку особливостей, характерних для неосудних, такі особи найчастіше вчиняють злочини насильницького характеру проти особи та її майна.

Поряд з цим, дослідники проблем неосудності (як юристи, так і представники медицини) схиляються до думки про те, що «при всій безсумнівності того, що психічні аномалії можуть мати кримінологічне значення, вони не виступають причиною злочинної поведінки» [3, с. 23], і що «прямої залежності між характером кримінального акту і особливостями психопатичної структури особистості немає» [167, с. 47].

В.Г. Павлов вважає, що «неосудність являє собою різні види хворобливих психічних розладів особи, яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння заподіює або може заподіяти шкоду суспільним відносинам, що охороняються кримінальним законом, і не може усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними, що виключає винність даної особи і визнання її суб'єктом злочину, а також притягнення до кримінальної відповідальності і призначення їй покарання [84, с. 28]. Думка автора ґрунтується на спірному, як видається, понятті про неосудність, запропонованому Р. І. Міхєєвим, згідно з яким неосудність – це такий стан, який виключає вину і кримінальну відповідальність, а не здатність особи усвідомлювати під час злочину характер і суспільну небезпеку вчинених дій (бездіяльності) або керувати ними [63, с. 59].

Наведене визначення неосудності, дане В.Г. Павловим, полягає в наступному:

1. Автор ототожнює неосудність з видами психічних розладів, утім, неосудність не зводиться до простого переліку хворобливих станів психіки. Неосудність є юридичною категорією, що має своєю суттю не притягнення особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, до кримінальної відповідальності в чітко визначених випадках.

2. У наведеному визначенні не відзначений прямий зв'язок між неможливістю усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) і керувати ними, з одного боку, і психічним розладом, з іншого боку.

3. І у визначенні В.Г. Павлова, й у визначенні Р. І. Міхеєва згадується про те, що неосудність виключає провину та кримінальну відповідальність. Неосудність не може виключати винність, але є підставою для не притягнення особи до кримінальної відповідальності.

Існує таке визначення неосудності: «... неосудність – це психічний стан особи, що полягає в нездатності віддавати собі звіт у своїх діях, бездіяльності (усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку діяння) або керувати ними в момент їх вчинення внаслідок хворобливого стану психіки або недоумства, результатом якої є звільнення від кримінальної відповідальності і покарання з можливістю застосування за рішенням суду примусових заходів медичного характеру» [3, с. 21].

Водночас, у літературі раніше відзначалися неточності даного визначення. Так, Н.В. Артеменко вважає, що:

- більш правильним є вживання виразу «не в момент», а «під час» вчинення суспільно небезпечного діяння, так як є достатня кількість злочинів, вчинення яких не відбувається одномоментно, а відбувається протягом певного проміжку часу;

- неосудність не є однією з передбачених кримінальним законом підстав звільнення від кримінальної відповідальності, вона її виключає [4, с. 33].

Кримінальний кодекс України пов'язує можливість звільнення від кримінальної відповідальності з настанням яких-небудь юридичних значущих фактів (примирення з потерпілим, зміна обстановки, закінчення строків давності тощо). Факт вчинення суспільно небезпечного діяння під впливом хибних уявлень про дійсність повинен розцінюватися як такий, що виключає кримінальну відповідальність.

Крім даних неточностей вище наведеного визначення, можна відзначити й такі:

- словосполучення «віддавати собі звіт у своїх діях (бездіяльності)», як вказувалося раніше, не є характерним для нині діючого кримінального законодавства. Більш досконалим видається формулювання «усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності)», закріплене в даний час в законі;

- неосудність — це не психічний стан особи, що полягає в певній нездатності віддавати звіт своїм діям (бездіяльності). Терміни «психічний стан», «стан психіки», «стан психічного розладу» є медичними та ототожнювати їх з юридичним поняттям «неосудність» не можна.

В науковій літературі ототожнення неосудності з особливим психічним станом слід вважати помилковим [74, с. 63]. Однак варто зазначити, що деякі сучасні дослідники все ж без будь-яких застережень повністю сприймають запропоноване вище визначення неосудності як психічного стану, стверджуючи при цьому, що неосудність — поняття не юридичне, не психіатричне, а медичне [70, с. 152]. Це характерно для представників медичної науки, для них таке визначення прийнятне.

Для правової природи поняття неосудності є характерними такі ознаки: неосудність, згідно з кримінальним законом, тягне за собою певні правові наслідки — виключає кримінальну відповідальність і покарання та може служити підставою для застосування примусових заходів медичного характеру; тільки орган досудового слідства і суд можуть визнати особу неосудною; сама експертиза з даного питання не може бути проведена інакше як на підставі мотивованої постанови суду; особа може бути визнана неосудною не сама по собі, а у зв'язку з вчиненням конкретного діяння і в цілях вирішення питання про кримінальну відповідальність.

2.2. Застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання

Одним із спірних питань у теорії і практиці застосування примусових заходів медичного характеру є питання про підстави їх призначення. У законі та в літературі воно тісно перетинається з питанням про визначення кола осіб, до яких можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру, а також з проблемою визначення цілей їх використання.

Безпосередньо в КК України називаються дві підстави застосування названих заходів впливу. Це: 1) вчинення суспільно небезпечного діяння; 2) особами, які страждають психічним розладом. Звідси випливає, що суть примусових заходів кримінально-правового характеру полягає в застосуванні примусового психіатричного лікування до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, заборонені КК України, у стані неосудності або обмеженої осудності [15, с. 15]. Саме по собі це положення не викликає будь-яких заперечень.

Однак частиною третьою ст. 93 КК України передбачені виключення із загальних правил. Вона допускає можливість застосування вказаних заходів до осіб, у яких психічний розлад настав після вчинення злочину, до постановлення вироку або під час відбування покарання. Дане законоположення обумовлено тим, що психічне захворювання робить неможливим призначення або виконання покарання. У теорії та практиці кримінального права до названої категорії, як правило, відносять: 1) осіб, які вчинили злочини, але до винесення вироку захворіли психічним розладом, внаслідок чого їм не може бути призначено покарання; 2) осіб, у яких психічний розлад настав під час відбування покарання [116, с. 85].

Щодо таких осіб на підставі того, що психічний розлад, який настав після вчинення злочину, позбавляє людину здатності усвідомлювати фактичний

характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) або керувати ними, законом передбачена можливість звільнення від покарання (ч. 1 ст.84 КК) [46].

Дане положення піддається критиці в літературі. Однак майже ніхто з авторів не звертає увагу на те, що, в першу чергу, воно суперечить юридичній природі зазначених заходів кримінально-правового примусу.

В основному критичні зауваження фахівців зводяться до полеміки двох протидіючих сторін, прихильники першої з яких пропонують звільняти зазначених осіб від кримінальної відповідальності, представники другої – від покарання. Одні вважають, що настання психічного розладу позбавляє особу можливості відповідати за вчинене, тому і немає сенсу зобов'язувати її віддавати звіт про свої дії та зазнавати будь-яких несприятливих наслідків застосування заходів кримінальної відповідальності. Як вважає, наприклад, К.В. Михайлов «це марно тому, що наявність психічного розладу не дозволяє їй усвідомити сенс позбавлень або обмежень» [62, с. 58].

Прихильники протилежної точки зору, які складають більшість, спираються на діючу редакцію ст. 84 КК України. При цьому вчені посилаються на те, що особа, у якої після вчинення злочину настав психічний розлад, не звільняється від обов'язку відповідати за вчинене і зазнати несприятливих наслідків вчинення суспільно небезпечного діяння. Подібний обов'язок не може бути реалізований в силу психічного захворювання особи, однак після одужання вона повинна буде зазнати наслідків вчинення злочину. Психічний розлад не перешкоджає набранню вироком законної сили, він лише може зробити тимчасово неможливим його виконання [98, с. 73].

Питання про віднесення групи осіб, у яких після вчинення злочину настав психічний розлад, що робить неможливим призначення або виконання покарання, в наукових колах є дискусійним. Це пов'язано з недосконалістю формулювання ст. 84 КК України в частині не чіткого розмежування медичного та юридичного критеріїв неосудності.

Медичний критерій позначений у кримінальному законі як «психічний розлад», що є недостатнім, так як психічні розлади різноманітні, відрізняються своєю глибиною та іншими параметрами.

У зв'язку з цим у літературі відсутня єдина позиція щодо переліку розладів психіки, наявність і прояв яких може спричинити звільнення від покарання.

Одні автори вважають, що підставою для звільнення від покарання або його подальшого відбуття може бути як хронічний, так і тимчасовий психічний розлад [66, с. 13]. Інші вважають, що в даному випадку йдеться тільки про хронічні психічні розлади [123, с. 20].

Наприклад, А.В. Наумов вважав, що фактично зазначені в ст. 84 КК України особи повинні володіти всіма ознаками, що відносяться як до юридичного, так і до медичного критерію неосудності [76, с. 43].

Н.В. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д. Ф. Христинін відзначали, що термін «психічний розлад» законодавець вживає в широкому сенсі, що це всі види хворобливих розладів психіки (хронічне, тимчасове слабоумство) [126, с. 63].

Г.В. Назаренко відзначає, що психози і слабоумство необґрунтовано віднесені до хронічних психічних розладів [71, с. 128].

На нашу думку, хронічний психічний розлад не завжди може виступати в якості підстави для звільнення від відбування покарання. У разі виникнення або загострення хронічних психічних розладів у засуджених у місцях позбавлення волі на етапі розпізнавання хвороби потрібне не стільки звільнення від покарання, скільки своєчасна психіатрична допомога, яка може бути надана в медичних стаціонарах кримінально-виконавчої системи.

Збіг формулювання юридичного критерію в ст. 84 КК України і аналогічного критерію неосудності веде до того, що висловлюється думка про неосудність такої особи. При цьому не береться до уваги, що неосудність співвідноситься з часом вчинення злочину і не може існувати окремо від

вчиненого діяння. У розглянутому випадку справедливо говорити, що осудні суб'єкти після вчинення злочину в силу психічного розладу втратили кримінально-процесуальну або кримінально-виконавчу (пенітенціарну) дієздатність [71, с. 137]. Дискусії в наукових колах розгортаються щодо того, чи є звільнення від покарання, його подальшого відбуття обов'язковим і безумовним або застосовується тільки відносно важко хворих осіб.

Б.А. Спасенніков і С.Б. Спасенніков, наприклад, вважають, що звільнення від покарання у зв'язку із психічним розладом повинно мати місце у виняткових випадках. Достатня психіатрична допомога може надаватися в установах виправної системи [123, с. 131].

У літературі при дослідженні проблем звільнення від покарання, його подальшого відбуття у зв'язку з психічним розладом нерідко згадується тільки про наявність у особи такого розладу.

На нашу думку, в першу чергу, перед постановкою питання про звільнення від покарання, його подальшого відбуття необхідно проаналізувати глибину, тяжкість психічного розладу, розглянути прогноз його розвитку. Саме несприятливий прогноз, неможливість і недоцільність надання психіатричної допомоги в межах місця відбування покарання повинно служити підставою для звільнення від покарання. При цьому психічний розлад може бути як хронічним, так і тимчасовим.

Сам факт вчинення особою злочину в стані осудності виступає в якості загрози притягнення до кримінальної відповідальності та покарання. І навіть, якщо особа до постанови вироку захворіла психічною хворобою, загроза не зникає, вона реалізується після одужання особи. Правда, слід обов'язково брати до уваги, що з дня вчинення злочину і до дня набрання вироком законної сили не минули строки давності притягнення до кримінальної відповідальності (ст. 49 КК України).

В іншому випадку, якщо особа захворіла психічною хворобою вже під час відбування покарання і в процесі лікування видужала, то вона продовжує

відбувати призначене їй раніше судом покарання. Але не можна забувати про те, що застосування примусових заходів медичного характеру зараховується в строк покарання (ці примусові заходи не припиняють перебіг терміну покарання і, тим більше, не переривають його). Тому, можна уявити собі ситуацію, якщо термін покарання закінчився до одужання особи, то особа звільняється від подальшого відбування покарання.

Як справедливо зазначала С.В. Полубинська, по суті юридичне значення розладів, що виникли після вчинення злочину, виражається лише в тому, що вони перешкоджають участі особи у виконанні слідчих дій та здійсненні нею свого права на захист, бо позбавляють засудженого здатності відбувати покарання (наприклад, розуміти вимоги режиму).

Крім того, прихильники наведеної точки зору нагадують, що звільнення від покарання завжди є остаточним і полягає в тому, що держава «прощає» особу, яка вчинила злочин, тим самим виказуючи їй довіру і розраховуючи на її законослухняну поведінку в майбутньому. Водночас положення, сформульоване в ч. 3 ст. 19 КК України, передбачає можливість притягнення таких осіб до відбування покарання у випадку їх одужання, якщо не минули строки давності, передбачені ст.80 КК України.

Звичайно, викладена позиція виглядає більш переконливою, порівняно з попередньою, як з точки зору соціально-правової сутності розглянутого феномена, так і з боку його техніко-юридичного оформлення в КК України. Втім, полемізуючи один з одним, учені забувають про одну дуже важливу обставину.

Звільнення винного від покарання, у якого психічний розлад настав після вчинення злочину, суперечить принципу справедливості. У всякому разі, це виглядає несправедливим з точки зору порушених злочином інтересів потерпілого.

Так, 05.03.2012 року Роздільнянський районний суд Одеської області розглянув кримінальну справу по обвинуваченню К., яка здійснила злочин,

передбачений ч. 1 ст. 115 КК України. У справі встановлено: К., 30.08.2008 року народження, прибула до С. у квартиру для вирішення конфлікту, який виник на ґрунті особистих зустрічей С. з її чоловіком – Л. Перебуваючи в збудженому стані, відбулася словесна перепалка між К. і С., у результаті чого К. раптово і в збудженому стані взяла ніж зі столу і нанесла удар С. в життєво важливий орган – груди, чим заподіяла проникаюче колото-різане поранення лівої половини грудної клітини з пошкодженням краю верхньої частки лівої легені.

Суспільно небезпечне діяння К. кваліфіковано за ч. 1 ст. 115 КК України. Причетність К. і вина у вчиненні даного суспільно небезпечного діяння підтверджується матеріалами справи.

Згідно з висновком комплексної стаціонарної судової психолого-психіатричної експертизи у К. виявляється тимчасовий хворобливий психічний розлад у вигляді змішаного тривожно-депресивного синдрому, глибина і ступінь вираженості якого позбавляє її здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, необхідне застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді поміщення на лікування до психіатричного закладу із звичайним наглядом – госпіталізація до психіатричної лікарні зі звичайним режимом спостереження.

Враховуючи викладене, К. підпадає під дію ч. 3 ст. 19 КК України і не підлягає покаранню і за психічним станом К. потребує застосування примусових заходів медичного характеру – госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним режимом спостереження, відповідно до ч. 1 п. 2 ст. 94 КК України. Суд постановив: застосувати відносно К. примусові заходи медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричної лікарні із звичайним режимом спостереження [93].

Аналізуючи даний приклад, виникає питання, на якій підставі можлива поблажливість до злочинця, що заподіяв істотну шкоду особі, суспільству або державі, особливо, якщо його діяння було умисним. Адже, при призначенні

такій особі примусових заходів медичного характеру, поряд із звільненням від покарання, держава, по суті, відмовляється від відплати їй за вчинене, так як злочинне діяння було вчинене до настання психічного розладу.

Зрозуміло, що психічний розлад, який настав, викликає не усвідомлення особою характеру своїх дій і не можливість давати звіт своїм вчинкам, але ж злочинне діяння, що є підставою виникнення кримінально-правових відносин, було вчинено до настання психічного розладу. До того ж слід мати на увазі, що психічний розлад може носити і тимчасовий характер.

У даному випадку закон допускає можливість застосування покарання (в ч. 3 ст. 19 КК України зазначається про те, що вказані особи у разі їх одужання можуть підлягати покаранню). Але таке положення фактично проголошує оборотність кримінальної відповідальності, що неможливо з позиції основоположних принципів кримінального права, оскільки призводить до необґрунтованого обмеження конституційних прав і свобод людини.

Також потрібно враховувати, що згідно з частиною першою ст. 2 КК України, єдиною підставою призначення покарання та застосування інших заходів кримінально-правового примусу є вчинення суспільно небезпечного діяння, забороненого Кримінальним кодексом. У даному ж випадку виходить, що примусові заходи медичного характеру призначаються особі не за те, що вона вчинила злочин, а за те, що у неї настає психічний розлад, що робить її неосудною.

Адже на момент вчинення злочину необхідні підстави застосування примусових заходів медичного характеру відсутні, оскільки винний є ще осудним. А після цього їх призначення вже не вписується в рамки кримінально-правових відносин, що виникають у результаті порушення відповідних заборон.

Разом з тим не можна не погодитися і з тими вченими, які стверджують, що застосування покарання недоцільно щодо осіб, які не розуміють фактичного характеру того, що відбувається з ними, оскільки тоді реалізація деяких його цілей стає практично недосяжною і т. ін. [32, с. 163].

На нашу думку, найбільш раціональним способом усунення вказаного протиріччя могло б стати закріплення в КК України відповідного виду відстрочки виконання покарання. У її рамках спочатку суд повинен призначати винному справедливе покарання за вчинене з урахуванням характеру і ступеня суспільної небезпеки вчиненого злочину, всіх пом'якшуючих і обтяжуючих обставин та інших чинників, що беруться до уваги в таких випадках. Але виконання цього покарання буде відстрочено до вилікування психічного захворювання і одужання винного. При цьому в подальшому ніщо не завадить застосувати до нього положення ст. 80 КК України про звільнення від відбування покарання у зв'язку із закінченням терміну давності виконання обвинувального вироку суду, якщо для лікування злочинця знадобляться тривалі терміни.

Як видається, це положення зможе присікти необґрунтоване ухилення від кримінального покарання осіб, які вчинили тяжкі та особливо тяжкі злочини і заслуговують покарання. Водночас воно не позбавляє можливості звільнення від кримінальної відповідальності всіх інших осіб на підставах, передбачених Загальною частиною КК, що є цілком справедливим і не порушує принцип гуманізму.

Втім, щоб в ході застосування примусових заходів медичного характеру не виникало правових колізій, доцільно доповнити частину другу ст. 76 КК України пунктом 7 наступного змісту: «7) відстрочити виконання покарання відносно осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння, але захворіли психічним розладом після вчинення злочину до вилікування психічного захворювання або покращення психічного стану».

У такому варіанті застосування примусових заходів медичного характеру буде як соціально виправданим, так і юридично обґрунтованим, оскільки психічно аномальні особи, безперечно, потребують надання їм психіатричної допомоги, якщо воно не буде суперечити правовій сутності заходів кримінально-правового примусу.

Запропоновані зміни частково були враховані законодавцем. У вересні 2016 р. частина друга ст. 76 КК України була доповнена окремими пунктом п'ятим. Передбачено, що у разі звільнення від відбування покарання з випробуванням суд покладає на засудженого обов'язок пройти курс лікування від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб.

Враховуючи викладене, можна дійти висновку, що існування такого різновиду відстрочки призначення покарання з випробуванням відносно осіб, які захворіли психічним розладом після вчинення злочину доцільно та не суперечить «принципу справедливості» відносно порушених злочином інтересів потерпілого.

2.3. Застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних, які вчинили злочини

Законодавство України 60-х років і доктрина вітчизняної судової психіатрії визнавали, що суспільно небезпечне діяння може бути вчинене особою в стані осудності чи неосудності. Демократичні перетворення, які відбуваються в суспільстві, прагнення максимальної індивідуалізації покарання, які виносяться судом, зумовили подальші розробки як в галузі юриспруденції, так і в теорії судової психіатрії. Результати цих розробок знайшли своє втілення у кримінальному законодавстві України 2001 р. Зокрема, це стосується якісно іншої, порівняно з минулим кримінальним законодавством, диференціації психічних порушень, які тією чи іншою мірою детермінують протиправну поведінку особи, їх врахування при реалізації норм кримінального права [16, с. 255].

У вітчизняній судовій психіатрії визнано, що психічний рівень ураження психіки особи свідчить про втрату нею усвідомленості і довільності суспільно небезпечного діяння. Так слово «психічний» означає «наявний психоз», тобто важким формам психічних розладів. Про рівень психічного розладу свідчить

наявність в його структурі марення – ідей і суджень, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані та повністю опанували свідомістю хворого [27, с. 15]. Такі хворобливі стани під час вчинення суспільно небезпечного діяння виключають осудність особи, а також одночасно і питання про притягнення її до кримінальної відповідальності.

Вперше термін «обмежена осудність» став вживатися в ХІХ столітті в кримінальних законах німецьких держав. У російському кримінальному законодавстві таке поняття не використовувалося. Негативне ставлення російських юристів і психіатрів до «зменшеної» або «обмеженої» осудності суттєвою мірою формувалося під впливом поглядів відомого російського юриста М. Таганцева і відомих психіатрів В. Кандинського та В. Сербського. Деякі виражені ними заперечення проти обмеженої осудності використовуються і зараз.

Володіючи авторитетною думкою і висловлюючи свої скептичні погляди на це, дореволюційні мислителі зіграли далеко не останню роль у тому, що категорія обмеженої осудності не отримала тоді свого належного розвитку.

Більш того, їх погляди були сприйняті низкою сучасних дослідників, які також заперечують проти існування обмеженої осудності в кримінальному законі. Деякі автори радянського періоду стверджували, що поняття щодо зменшеної осудності неспроможні в науковому відношенні та абсолютно непридатні з практичної точки зору [79, с. 21].

Подібної думки дотримувався автор ряду відомих робіт, присвячених осудності, неосудності, а також особистості неосудного – Р.І. Міхєєв, який зазначав: «Існує тільки одна з альтернатив: визнати дану особу осудною, або визнати її неосудною» [63, с. 57].

У юридичній літературі питання, що стосуються обмеженої осудності, в основному зводилися до того, чи потрібен такий інститут у кримінальному праві. Детальне формулювання поняття «обмеженої осудності» майже не пропонувалося. Узагальнення існуючих визначень дає підстави вважати, що під

обмеженою осудністю слід розуміти такий психічний стан особи, при якому його здатність усвідомлювати свої дії або керувати ними під час вчинення злочину була обмежена в результаті розладів психічної діяльності.

Щоб сформулювати повне, всеохоплююче поняття обмеженої осудності, розкрити його зміст, необхідно проаналізувати існуючі точки зору щодо цієї кримінально-правової категорії, порівняти всі «за і проти». Як вказувалося раніше, на формування ставлення до обмеженої осудності істотно вплинули погляди провідних юристів і вчених-психіатрів першої половини 20-х років ХХ століття, таких як М.С. Таганцев, С.В. Познишев, В.П. Сербський, В.Х. Кандинський. Протягом багатьох років вони брали участь в підготовці кримінальних законів у Росії. Оскільки ці вчені перебували під впливом антропологічної та соціологічної шкіл кримінального права, то це, в свою чергу, відобразилося на кримінальному законодавстві тих років, практиці його застосування, а також на практиці проведення судово-психіатричних експертиз. Серйозні помилки, які були допущені при проведенні судово-психіатричних експертиз, також вплинули на формування ставлення до обмеженої осудності як в науці кримінального права, так і в судовій практиці.

Так, професор М.С. Таганцев писав: «Суперечка про допущення стану зменшеної осудності, яка й досі ведеться між німецькими криміналістами та психіатрами, стоїть, очевидно, на неналежному ґрунті...»

У кожному окремому випадку підсудний здатний або нездатний усвідомлювати властивість вчиненого діяння і відповідати за нього; уявити середнього стану ми не можемо [18, с. 3].

М.С. Таганцев фактично визнавав можливість впливу відхилень у психіці особи на характер вчиненого нею діяння і пропонував враховувати цю обставину при призначенні покарання, однак виступав проти внесення до закону категорії обмеженої осудності [127, с. 154]. Аналогічних поглядів дотримувалися В. Спасович, Л.З. Слонимський, Є.Я. Немировський,

А.М. Бобрищев-Пушкін. Заперечували обмежену осудність О.Ф. Кістяківський, С.В. Познишев, С. Будзинський [64, с. 3].

Заперечуючи обмежену осудність, В.П. Сербський посилався на неможливість «поєднання покарання і лікування», на відсутність будь-якого правильного мірила для визначення критеріїв обмеженої осудності, яку «стали б застосовувати і до тих випадків, де різко порушена здатність розуміння і управління своїми вчинками» [117, с. 3].

Що стосується точки зору В.Х. Кандинського, то він у своїй праці «До питання про неосудність» (1890 р.) писав: «Говорячи взагалі, без відношення до відомого конкретному факту, який був здійснений у певний момент часу, свобода дії може бути обмежена різною мірою. Але в кожному випадку (судова практика має справу лише з конкретними фактами), логічно можна визнати лише одне з двох – або наявність, або відсутність здатності усвідомлювати суспільно небезпечне діяння. Дійсно, тут нам доводиться поставити питання: чи могла людина в конкретному, даному випадку утриматися від вчинення протизаконного діяння, якби тільки захотіла, чи не могла? ... Ніяке середнє рішення тут неможливе». Далі вчений відзначав: «Якщо людина вчинила суспільно небезпечне діяння в хворобливому стані, то однаково несправедливо примушувати її нести за це як повне покарання, так і покарання половинне» [37, с. 205-206].

Отже, заперечення обмеженої осудності (М.С. Таганцев, В.Х. Кандинський, В.П. Сербський) зводиться до наявності або відсутності «здатності» до відношення вчинення суспільно небезпечного діяння, яке може характеризувати лише осудність чи неосудність (В.Х. Кандинський, В.П. Сербський); обмежена осудність тягне поєднання покарання і лікування (В.П. Сербський); важко призначити будь-яку конкретну міру для визначення критерію цього питання, межі обмеженої осудності, що вважаються занадто слабо окресленими (В.П. Сербський, М.С. Таганцев); наявність категорії обмеженої осудності може призвести до помилок і зловживань

(В.П. Сербський, М.С. Таганцев); визнання обмеженої осудності вплине на зменшення покарання злісним злочинцем, які заслуговують суворих заходів охорони (М.С. Таганцев).

Прихильниками визнання обмеженої осудності були А.А. Жижиленко, С.І. Тихенко, М.М. Ісаєв. Окремі автори, наприклад, А. Плюшков, В.С. Трахтеров, пізніше В. Ошерович, висловлювали думку про необхідність закріплення в кримінальному законі поняття обмеженої осудності. Професор В.С. Трахтеров писав: «Необхідно виділити обмежену осудність, дати їй в законі особливий обрис. Зробити це можна, бо обмежена осудність не є тим розтяжним поняттям, яким воно так недавно ще визнавалося» [129, с. 64].

Потрібно відзначити, що хоча в працях відомих юристів та психіатрів того часу (М.М. Ісаєв, А.А. Жижиленко, В.С. Трахтеров, І.М. Фарбер) було чимало переконливих аргументів на захист обмеженої осудності, але допускалися положення, з якими не можна погоджуватися, наприклад, стверджувалося, що обмежена осудність охоплюється поняттям неосудності [35, с. 27]; зменшену осудність потрібно розглядати як обставину, яка усуває кримінальну відповідальність, її не можна прирівнювати до осудності, до зменшено осудним слід якомога ширше застосовувати пом'якшення покарання [129, с. 73]; до зменшено осудним повністю допустимі невизначені вироки [154, с. 246].

Про місце і значення обмеженої осудності в кримінальному праві були висловлені три точки зору. Одні автори вважали, що суд, відповідно до чинного законодавства, при призначенні покарання має право врахувати разом з іншими обставинами справи і психічні аномалії [163, с. 175]. Практика свідчила, що робилося це дуже рідко, оскільки, зазвичай, працівники правоохоронних органів і судді про них не знали. Суду про них ставало відомо найчастіше після проведення судово-психіатричної експертизи, коли підсудний визнавався осудним, але в акті зазначалася наявність у нього психічних аномалій. На жаль,

і в таких випадках останні часто залишалися без уваги з боку суду і не отримували відображення у вироку [122, с. 300].

Інші стверджували, що психічні аномалії повинні бути включені в кримінальне законодавство як пом'якшувальні обставини з тим, щоб була можливість пом'якшення покарання у випадках, якщо розлад психіки обмежував здатність винного усвідомлювати суспільну небезпеку своїх дій або керувати ними, і застосовувати разом з покаранням примусові заходи медичного характеру [161, с. 179]. Пропонувалося також надати суду право визнавати психічні аномалії як обставину, яка пом'якшує відповідальність, і разом з покаранням до такої особи застосовувати примусове лікування у відповідних медичних закладах [122, с. 303].

Крім висловлених думок, існують думки супротивників обмеженої осудності. У систематизованому вигляді аргументи противників поняття обмеженої осудності наведені Р.І. Міхєєвим і А.В. Міхєєвою в роботі «Значення психічних аномалій для вдосконалення кримінально-правових заходів боротьби зі злочинністю» [63, с. 49]. Автори, по-перше, відзначають, що визнання обмеженої осудності може створити умови для посилення фіксації особою існуючих у неї психічних аномалій при вчиненні нею суспільно небезпечного діяння, що як би може призвести до медичного виправдання її антисоціальних дій. Річ у тім, що ніхто з прихильників обмеженої осудності не пропонує звільняти особу з патологічними відхиленнями у психіці (в межах осудності) від кримінальної відповідальності. Ці особи винні у вчиненні злочину і повинні понести покарання. Що стосується судових психіатрів, то їх завдання полягає в тому, щоб встановити факт психічної аномалії і по можливості визначити причинний зв'язок між цим фактом і вчиненим злочином. Якщо такий зв'язок буде встановлено судом, то останній може пом'якшити покарання винному. Вважається, що ніякого «медичного виправдання» особи тут немає. Побоюватися зайвої «фіксації» свого психічного стану з боку певних осіб і на цій підставі відмовлятися від визнання і

закріплення в законі дійсного стану речей не слід. Судово-слідчій практиці відомі випадки, наприклад, провокації необхідної оборони або сильного душевного хвилювання, однак законодавець передбачив норми про так зване привілейоване убивство (ст. ст. 95-97 КК України).

По-друге, Р.І. Міхеев і А.В. Міхеева стверджують, що прихильники обмеженої осудності «не беруть до уваги, що право має властивість формальної визначеності. У результаті цього особа з психічними аномаліями може бути або осудною, або неосудною. Ніякого проміжного ступеня осудності між зазначеними межами немає і бути не може» [63, с. 60]. На думку П.С. Дагеля, осудність особи щодо конкретного діяння може бути більшою чи меншою. Зрозуміло, у особи можуть бути психічні аномалії, які не породжують неосудність, можливі «проміжні стани». Однак осудність і неосудність – це юридичні категорії (засновані, зрозуміло, на наукових фактах), а право встановлює чіткі, формально визначені межі – вони необхідні при визначенні умов відповідальності. Тому автори і висловлюються проти поняття «зменшеної осудності» [26, с. 88]. Такої самої точки зору дотримувався і В.С. Орлов, який зазначав, що з'ясування питання про відповідальність зменшено осудних, було б позбавлено існуючих згідно з чинним законодавством суворо певних підстав або критеріїв [79, с. 119].

На нашу думку, доказ про те, що допустима лише альтернатива «осудний – неосудний», є непереконаливою. С.Ф. Семенов, захищаючи категорію зменшеної осудності, заперечує цю альтернативу [115, с. 1270-1271]. Видається, що така альтернатива не заперечує зменшену осудність, оскільки остання є, хоча і зменшеною, але осудністю. За визнанням суб'єкта злочину, осудним за наявності психічної неповноцінності особи постає таке, дуже важливе питання: чи не була через психічну неповноцінність виявлена у обвинуваченого, зменшена його здатність усвідомлювати свої дії або можливість керувати своїми діями? Питання надзвичайно складне, тому що тут

можливі дуже різноманітні градації, тому через складність питання з'являється необхідність його поглибленої розробки» [1, с. 98-99].

Це відкидає твердження Д.Р. Лунца про те, що визнання категорії зменшеної осудності нібито відходить від подальшої наукової розробки судово-психіатричних оцінок окремих хворобливих форм і станів. Така позиція Д.Р. Лунца пояснюється тим, що він зменшену осудність розглядає не як складову осудності, а як проміжну ланку між осудністю і неосудністю, яка «позбавляє» експерта «від прагнення до тонкої діагностики та максимально можливої чіткої оцінки психічних розладів» [57, с. 207]. Але в такому вигляді, як її розуміє Д.Р. Лунц, обмежена осудність дійсно була б не потрібна.

Повертаючись до слів Р.І. Міхеєва і А.В. Міхеєвої про формальну визначеність права, потрібно відзначити, що навряд чи хтось буде заперечувати цю обставину. Але це не означає, що правові норми, сформульовані кілька десятиліть тому, не можуть бути змінені або доповнені. Існування психічних аномалій, які знижують здатність особи усвідомлювати вчинені нею суспільно небезпечні дії і перешкоджають контролю за ними – це факт об'єктивної дійсності, встановлений наукою. Виникає питання: чому в кримінальному законодавстві не передбачений інститут, який би визначав правове становище психічно неповноцінної особи у разі вчинення нею злочину та передбачав порядок призначення і відбування покарання цією особою? Хіба від цього наше кримінальне законодавство стане менш «формально визначеним»? Воно тільки виграє, оскільки буде точніше відображати дійсність [18, с. 6].

Правильно зазначав О.Е. Фрейєров, що ігнорування цього факту – ролі психічної неповноцінності в реалізації і безпосередній мотивації деяких злочинів – може шкідливо відбитися на боротьбі зі злочинністю [158, с. 112].

Проти включення до закону поняття обмеженої осудності виступали Н.С. Лейкіна і Н.П. Грабовська, вважаючи, що це «..суперечило б принципам вини і кримінальної відповідальності і призвело б до того, що не можна було б визначити винність особи. Вина є неподільною і не подрібнюваною. Злочинець

не може бути частково або зменшено винним» [53, с. 378]. Правильно, що вина неподільна, відзначав Ю.С. Богомятков, – суб'єкт або винний, або невинний, але ступінь винності завжди різна, і вина визначається, в першу чергу, більшою чи меншою мірою усвідомлення суб'єктом суспільно небезпечного характеру своєї поведінки і передбачення шкідливих наслідків. З іншого боку, психічне ставлення до наслідків також може бути різним. Всі ці обставини безпосередньо залежать від стану інтелекту і емоційно-вольової сфер людини. Тому визнання обмеженої осудності не тільки не протирічить принципу відповідальності за наявності вини, а, навпаки, дозволяє встановити її ступінь та призначити відповідне покарання. Так, Ю.С. Богомятков підкреслював, що «психічні аномалії можуть впливати на зміст, спрямованість і динаміку провини, оскільки вони можуть обмежити або викривити обсяги свідомості та передбачення» [18, с. 8]. Такої самої думки дотримувалися Б. Ошерович і Ю.К. Сушенко. Вони виходили з того, що зменшена осудність зменшує вину особи, свідчить про менший ступінь її винуватості. Таким чином, якщо осудність характеризує психічний стан особи під час вчинення суспільно небезпечного діяння, а вина – психічне ставлення особи до її діяння і наслідків цього діяння у формі умислу або необережності, то осудність знаходиться в залежності від ступеня вини. На цій підставі робиться висновок про те, що до особи, яка вчинила злочин і визнана зменшено осудною, повинна бути знижена міра покарання [83, с. 59].

Визначаючи обмежену осудність як «проміжний ступінь осудності», інші автори стверджують, що «введення поняття «обмежена осудність» при значних утрудненнях в точному формулюванні цієї норми здатне призвести лише до «непорозуміння» і викликати необґрунтоване пом'якшення покарання» [169, с. 102].

Існує також думка, що концепція обмеженої осудності характеризується «значною незавершеністю її наукової розробки, непідготовленістю її положень до практичної реалізації». Висловлено сумнів у тому, що дана концепція, не

може бути реалізована на практиці в кримінально-правовому, кримінально-виконавчому, судово-психіатричному аспектах [165, с. 29].

Однак все це не може свідчити про те, що концепція обмеженої осудності настільки спірна і суперечлива, що може піддаватися сумніву сам факт її існування в кримінальному законі. Доказом тому є той факт, що суперечки про обмежену осудність не втихають також в тих країнах, де вона офіційно визнана.

У науці кримінального права сьогодні також існує думка про те, що обмежена осудність являє собою проміжний стан між осудністю і неосудністю [132, с. 45].

Неправильні уявлення про сутність даної правової категорії породжують хибні судження щодо наслідків, які повинен спричинити факт встановлення обмеженої осудності на тій підставі, що психічно неповноцінна особа має меншу «злу волю».

Зарубіжне законодавство, йдучи цим шляхом, зазначає, що особа, визнана зменшено осудною, «не звільняється від кримінальної відповідальності, але призначуване їй покарання може бути пом'якшене» (параграф 21 КК ФРН) [49, с. 68]. Можливість пом'якшення покарання судом на свій розсуд у відношенні обмежено осудної особи, яка не могла повною мірою усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними, в різних варіаціях передбачена в кримінальних кодексах зарубіжних країн. Наприклад, це впливає з тексту КК Швейцарії (ст. 11), відповідно до якої якщо під час вчинення злочинного діяння особа внаслідок розладу душевної діяльності або розладу свідомості або внаслідок недостатнього психічного розвитку, володіла зниженою здатністю усвідомлювати протиправність свого злочинного діяння або діяти з усвідомленням цієї протиправності, суддя може на свій розсуд пом'якшити покарання [148, с. 5]. Згідно зі ст. 11 КК Латвійської Республіки, в разі обмеженої осудності суд може врахувати цю обставину як пом'якшувальне покарання, і крім цього взагалі може звільнити таку особу від покарання [138, с. 122].

У частині 2 ст. 39 КК Японії чітко вказано, що «покарання за дію, вчинену психічно хворою особою, підлягає пом'якшенню» [150, с. 13].

Обмежена осудність «зберігає атрибути осудності», «вона покликана служити тим самим цілям і про неї може йти мова також тільки в тих випадках, коли вирішується основне питання – про суб'єктивну передумову кримінальної відповідальності» [158, с. 111].

Н.А. Орловська підкреслює, що підставою настання кримінальної відповідальності як для осудної, так і для обмежено осудної особи є вчинення цим суб'єктом діяння, яке містить всі ознаки складу злочину. Визнання обмеженої осудності викликає необхідність вирішення питання про призначення обмежено осудним особам заходів медичного характеру з оглядом на вимоги додержання прав людини, з одного боку, та примусовою природою таких заходів, з іншого [81, с. 13].

Отже, при призначенні покарання судом обмежено осудній особі, реально можна застосувати тільки такий вид примусових заходів медичного характеру, як надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, тобто лікування у психіатра за місцем відбування покарання або за місцем проживання засудженої особи в разі призначення покарання не пов'язаного з позбавленням волі.

Особа, яка вчинила суспільно небезпечне діяння в стані обмеженої осудності, є суб'єктом злочину. Оскільки наявні всі ознаки, які відносяться до суб'єкта, тому ця особа підлягає кримінальній відповідальності. Обмежена осудність не може розглядатися як підстава звільнення від кримінальної відповідальності і покарання, вона дає можливість суду диференційовано підійти до оцінки протиправної поведінки особи в особливому психічному стані.

Так, Шепетівський районний суд Хмельницької області, розглянувши кримінальну справу за обвинуваченням В.В. в скоєнні злочинів, передбачених ч. 2 ст. 125, ч. 4 ст. 296 КК України, встановив, що 6 липня 2012 року, близько

22 години 30 хвилин В.В., перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, поблизу торгівельної палатки в міському парку, грубо порушив громадський порядок. Всупереч бажанню відпочиваючих громадян, намагався в настирливій формі вступити з останніми в розмову, чим знехтував їх правом на відпочинок і проігнорував встановлені правила і норми поведінки в суспільстві, висловлювався нецензурними словами в присутності значної кількості громадян і малолітніх дітей. Проявляючи особливу зухвалість, наніс С.А., який намагався припинити хуліганські дії, ножове поранення, заподіявши легке тілесне ушкодження, яке викликає короткочасний розлад здоров'я.

Вина підсудного у вчиненому підтверджується сукупністю зібраних по справі та досліджених у суді доказів.

Відповідно до висновку амбулаторної судово-психіатричної експертизи №374 від 20 вересня 2012 року В.В. виявляє обмежений розлад особистості змішаного типу (наслідки перенесеної ЧМТ, церебральний атеросклероз) з помірними змінами, виявляв таке і на період інкримінованого йому злочину, внаслідок чого не міг і не може повною мірою усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, а тому, відповідно зі ст. 20 КК України В.В. підлягає визнанню обмежено осудним.

Згідно з частиною другою ст. 20 КК України визнання особи обмежено осудною враховується судом при призначенні покарання. Оскільки обмежена осудність не може обтяжувати покарання відповідно до ч. 3 ст. 67 КК України, суд, враховуючи характер вчиненого В.В. злочину, визнає його обмежену осудність, як обставину, що пом'якшує покарання останнього.

Таким чином, обставинами, що пом'якшують покарання підсудному В.В., суд визнає вчинення злочину в стані обмеженої осудності і його каяття. Обставиною, яка обтяжує покарання підсудного, є вчинення злочину особою, яка перебувала в стані алкогольного сп'яніння.

Суд врахував, що В.В. не судимий, характеризувався позитивно, в результаті стану обмеженої осудності потребував стороннього догляду, його

похилий вік, наявність статусу «діти війни» і дійшов висновку, що В.В. слід призначити більш м'яке покарання, ніж передбачене законом, із застосуванням ст. 69 КК України.

Також, на думку суду, виправлення підсудного можливо без реального відбування покарання з випробувальним терміном на підставі ст. 75 КК України.

Враховуючи вік підсудного, його стан здоров'я і обмежену осудність, суд не знаходить підстав для застосування до останнього обов'язків, передбачених у ст. 76 КК України, які покладаються на особу, звільнену від відбування покарання з випробуванням. Тому, суд постановив визнати В.В. обмежено осудним та винним у вчиненні злочину, передбаченого ч. 3 ст. 296 КК України, і призначити йому покарання із застосуванням ст. 69 КК України у вигляді позбавлення волі строком на 1 рік 6 місяців, на підставі ст. 75 КК України звільнити В.В. від відбування покарання і встановити йому іспитовий термін тривалістю 1 рік.

Найбільш послідовну в юридичному відношенні точку зору висловлював С.В. Бородін, який вважав, що в новелі про обмежену осудність йдеться не про ступінь психічного розладу взагалі, а про ступінь впливу цього розладу на злочинну поведінку. Це означає, що психічні аномалії суб'єкта в деяких випадках взагалі не мають юридичного значення, так як не впливають на злочинну поведінку [3, с. 124].

Психіатри, як правило, ототожнюють зменшену осудність із зменшеною провиною, і відповідно обмежена осудність розуміється ними як підстава для обмеженої відповідальності [53, с. 335]. Концепція «осудності зі зменшеною виною» базується на спрощеному підході до категорії кримінально-правової вини і не повному уявленні про фактори, що впливають на її ступінь. Правильна оцінка значимості психічних аномалій, їх впливу на ступінь провини можлива тільки в сукупності з іншими обставинами справи, такими, як мотиви

злочину, прагнення до досягнення протиправного результату, ситуація вчинення злочину, антигромадські установки особистості і т. ін.

Серед юристів одні автори категорично стверджують, що обмежена осудність взагалі не впливає на ступінь провини та кримінальну відповідальність [83, с. 62], інші справедливо вважають, що обмежена осудність у будь-якому випадку не може бути обставиною, що обтяжує кримінальну відповідальність [169, с. 101].

Обмежена осудність – це не зменшена винність, а, по суті, обмежена здатність контролювати свої антигромадські спонукання і протиправні вчинки, які з них витікають.

Формула обмеженої осудності включає в себе два критерії – юридичний і медичний. При розгляді медичного критерію обмеженої осудності слід зазначити, що для неї медичний критерій так само обов'язковий, як і для неосудності, і тільки сукупність медичного і юридичного критеріїв може утворювати обмежену осудність. Медичний критерій виражається в наявності певних психічних відхилень. Серед учених, у більшості своїй медичних працівників – психіатрів, існують різні точки зору з даного питання.

Психічний розлад – це об'ємне поняття і включає в себе як хворобливі стани, так і деякі відхилення від норми, «включає в себе всі види можливої патології» [132, с. 5].

У роботах, присвячених проблемам обмеженої осудності, пропонується використовувати термін «психічні аномалії» (або «аномалії психіки») і виникає питання про співвідношення всіх цих понять. Більш того, саме поняття «хвороба» в загальній психіатрії і в судовій психіатрії розуміється по-різному. Так, в ряді випадків, загально психіатрична оцінка може свідчити про наявність тієї чи іншої хвороби, тоді як те ж захворювання в судово-психіатричній практиці власне хворобою не є.

У даних питаннях деякі автори дотримуються думки про те, що всі хворобливі стани психіки можна умовно розділити на дві групи: психічні

розлади, які досягли психотичного рівня і психічні розлади, які не досягли психотичного рівня [49, с. 66].

Р.І. Міхеев пропонує називати першу групу психічних розладів психічними аномаліями у вузькому сенсі слова [63, с. 52]. Саме психічні аномалії у вузькому сенсі слова, тобто, «розлади психічної діяльності, які не досягли психотичного рівня, і в силу цього не виключають осудності, але тягнуть особистісні зміни, що ускладнюють соціальну адаптацію індивіда і які породжують неадекватність поведінкової реакції на зовнішній стимул» [125, с. 52], і пропонується розглядати як медичний критерій обмеженої осудності.

Інша точка зору з даного питання полягає в тому, що поняття «психічний розлад», що включає в себе хворобливі прояви психіки, вимагає доповнення «іншими аномаліями», які також мають здатність обмежувати можливості суб'єкта» [66, с. 22]. Вказані аномалії, на нашу думку, і слід вважати медичним критерієм обмеженої осудності.

В якості медичного критерію обмеженої осудності повинні виступати будь-які хворобливі відхилення від нормальної психічної діяльності людини. Сучасна судова психіатрія для позначення широкого спектру хворобливих порушень психіки використовує термін «психічний розлад» [126, с. 30].

Не можна погодитися з думкою про те, що до психічних розладів, які не виключають осудність, «слід відносити аномалії психіки, що не є психічною хворобою і характеризуються дисбалансом сил збудження і гальмування» [25, с. 9].

Для медичного критерію обмеженої осудності повинна бути характерна саме хворобливість розладу (більшою чи меншою мірою).

Дане положення ґрунтується на тому, що аномалії психічної діяльності підрозділяють на хворобливі і нехворобливі. На думку В.Х. Кандинського, до нехворобливих психічних аномалій можна віднести «дивний характер» і «просту дурість» [37, с. 33]. Але дані особливості особистості не мають нічого спільного з медичним критерієм обмеженої осудності. Вчений зазначав:

«Навряд чи хто може сказати, що озлоблення, запальність, роздратування – суть стану для людини ненормальні». Звідси він зробив висновок, що «нехворобливі розлади душевної діяльності не повинні виключати осудність, а тільки душевні розлади» [37, с. 12]. Слід зазначити, що в науковій літературі висловлювалися й протилежні точки зору. Так, А.П. Куніциним було запропоновано вважати в якості медичного критерію неосудності «недолік розуму», під яким малися на увазі «дурість природна, дурість, що виходить від старості, дурість, що виходить від глухоти, слабоумства, шалапутство» [114, с. 58].

Продовжуючи думку В.Х. Кандинського, можна дійти висновку, що нехворобливі психічні аномалії не будуть також фактором, який знижує здатність особи повною мірою усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій (бездіяльності) і керувати ними, тобто, іншими словами, в якості медичного критерію обмеженої осудності можуть бути визнані також лише хворобливі аномалії психіки.

Існує думка про те, що формулювання медичного критерію обмеженої осудності має будуватися за аналогією з формулюванням медичного критерію неосудності, тобто необхідним є перерахування кожного з чотирьох видів психічних розладів (хронічне, тимчасове, недоумство, інший хворобливий стан психіки) [124, с. 361].

Можливо, з метою використання одних і тих самих формулювань та медичних термінів у кримінальному законі при викладі норм про неосудність і обмежену осудність таке вирішення питання прийнятне, однак, на нашу думку, це все ж не сприяє визначенню чітких кордонів медичного критерію обмеженої осудності і в цілому проблеми розмежування категорію неосудності і обмеженої осудності не знімає, оскільки формулювання чотирьох видів психічних розладів, запропонованих авторами, всього лише назви, які повинні наповнюватися певним змістом. У зв'язку з цим, як видається, цілком логічною є думка, висловлена Е. Цимбалом і А. Дьяченко, про те, що слід

використовувати єдиний термін «психічний розлад», розуміючи під ним будь-яке психічне порушення, включене в один із розділів Міжнародної класифікації хворіб [70, с. 40].

Крім того, вважаємо, що, оскільки «психічний розлад» – це все ж медичне поняття, яке має свої ознаки, воно і має визначатися медичними працівниками, які володіють спеціальними знаннями в даній галузі, а не юристами.

Юридичний критерій обмеженої осудності характеризується неповною мірою здатності усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними. У науковій літературі дискусійним є питання про те, яким змістом наповнюється поняття – «неповна міра».

Г.В. Назаренко відзначає, що «осудність може мати дві градації: повну і неповну». Остання характеризує «зменшену осудність» і свідчить про значне зменшення здатності усвідомлювати суспільну значимість своїх дій та керувати ними. Вказівка на «значний ступінь» обмеження зазначеної здатності автор пропонує відобразити в статті, присвяченій обмеженій осудності. Автор обґрунтовує свою думку тим, що «вказівка на значне зменшення здатності розуміти недозволенність діяння або діяти відповідно з розумінням» містять кримінальні кодекси деяких держав (ст. 21 КК ФРН, аналогічні статті Швейцарського і деяких інших кодексів)» [70, с. 62].

Найсуттєвішими запереченнями є посилання на труднощі визначення критеріїв обмеженої осудності. Наприклад, «поняття зменшеної осудності неприйнятно тому, що для нього не може бути юридичного критерію» (Е.М. Холодківська) [160, с. 1588]; «зменшена осудність не має меж» (Д.Р. Лунц) [116, с. 85]; до осіб з психічними аномаліями, які визнані осудними, занадто сумнівним є застосування «принципу зменшеної осудності, тому що на цей час відсутні будь-які чіткі клінічні критерії» [59, с. 60].

Як видається, ці автори все ж надмірно ускладнюють проблему. Якийсь новий юридичний критерій не потрібний, оскільки обмежена осудність – це все-таки осудність, а не якась зовсім нова якість. О.Е. Фрейєров, говорячи про

юридичні (психологічні) критерії обмеженої осудності, писав: «Афектно – вольові аномалії та своєрідність розумової діяльності, які є у деяких психічно неповноцінних осіб (осудних), можуть звужувати опір до спокуси, послаблюють контрольні механізми поведінки, обмежують альтернативні можливості вибору дії в тих чи інших випадках. Такі особливості психіки, як легка збудливість, нестійкість, мінливість настрою, емоційна незрілість, підвищена сугестивність, підозрілість, інтелектуальна неповноцінність, ненормальна сексуальність тощо, нерідко полегшують реалізацію кримінального закону, призводять особу до конфлікту з законом» [158, с. 110]. Аномалії психіки (в першу чергу емоційно-вольові порушення, особливості мислення, які виражаються, переважно, в зниженні критичних здібностей та контролю за собою, реакціях вибухових та істероїдних, відмови і протесту, запальності, дратівливості та емоційної лабільності), бувають в основному при суб'єктивній оцінці ситуації, тобто її сприйнятті як більш криміногенної; в більшій прямолінійності, меншій об'ємності та змістовності рішень на вчинення злочинів і в тому, що виконання останнього відбувається досить малозначним приводом і неадекватно високою активністю в досягненні злочинного результату [30, с. 156]. Інакше кажучи, юридичний (психологічний) критерій зменшеної осудності є, коли здатність віддавати звіт у своїх діях і керувати ними хоча й не була втрачена, але була ослаблена (знижена) [1, с. 98]. Ознаки медичного критерію також можуть бути визначені, тим більше, що проблема проміжних станів не є «білою плямою» в психіатрії.

У судовій психіатрії розроблені критерії та ознаки осудності при різних нозологічних формах психічної патології, включаючи ті, які частіше за інших можуть свідчити про зменшену осудність. Коли ж йдеться про відсутність чітких «клінічних критеріїв», то, на думку Ю.М. Антоняна і С.В. Бородіна, передбачається складність розмежування ступеня тяжкості того чи іншого психічного захворювання, а не відсутність медичного критерію зменшеної

осудності, який повинен містити перелік таких психічних аномалій зменшеної осудності [3, с. 141].

Зрозуміло, що проблема змісту медичного критерію зменшеної осудності потребує ретельної розробки, яка базується на наукових дослідженнях психіатрії. Так, Н.І. Фелінська відзначала, що із зростанням психіатричних знань, з уточненням діагностики та більш точної диференціації ступенів порушення психічної діяльності, питання, яке розглядається, повинне знайти своє рішення. Відповідно до цього необхідна подальша теоретична та організаційна розробка питання осудності й неосудності для групи проміжних станів [157, с. 100].

Утім, на нашу думку, проблема визначення ступеня усвідомлення суб'єктом фактичних і соціальних властивостей своєї поведінки і ступеня керування своїми діями при даному трактуванні юридичного критерію обмеженої осудності не зникне, «вагомість поставленого питання оманлива» [17, с. 155], так як правомірним є питання: з якого моменту втрачається дана здатність і настає нездатність усвідомлювати свою поведінку і керувати нею?

У зв'язку з цим, як видається, дану проблему не можна вирішити використанням логічних формул, які, можливо, більш точні, ніж зазначені в даний час в законі; «міру і здатності до свідомих і вольових дій слід розкривати через клініко-психологічні дані» [4, с. 45].

У даному питанні найбільш аргументованою й логічною є позиція, висунута С.В. Бородіним, який зазначає, що в нормі про обмежену осудність «йдеться не про ступінь психічного розладу взагалі, але про ступінь впливу цього розладу на злочинну поведінку» [95, с. 22]. Видається, що неоціненну допомогу при визначенні юридичного критерію обмеженої осудності можуть надати дані, розроблені психологічною наукою. Психологами справедливо відзначається, що думка про те, що проблема обмеженої осудності носить виключно юридичний і психіатричний характер, без залучення психологічних аргументів, є помилковою [119, с. 94].

Таким чином, до обмежено осудних осіб можуть застосовуватися примусові заходи медичного характеру поряд з покаранням. У цьому випадку вони виступають як кримінально-правова форма реалізації кримінальної відповідальності.

Аналіз літератури та судової практики свідчить про необхідність, справедливості і логічності існування інституту обмеженої осудності як необхідного елемента в кримінально-правовій регуляції.

Під обмеженою осудністю слід розуміти таку кримінально-правову категорію, яка характеризує психічний стан особи під час вчинення злочину, обов'язковою ознакою якого є суттєве обмеження внаслідок хронічного або тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності, здатності особи усвідомлювати свої дії або керувати ними при якісному збереженні критичної функції свідомості.

Висновки до розділу 2

Неосудність не може ототожнюватися з психічним розладом і не зводиться до простого переліку хворобливих станів психіки. Неосудність є юридичною категорією.

Суть медичного критерію неосудності, що містить перелік видів психічних розладів, вимагає їх уточнення шляхом заміни на збірне поняття – «психічний розлад», яке як медичний критерій неосудності цілком охоплює спектр захворювань, віднесений до цього критерію, тому не слід перераховувати конкретні види психічних розладів. Специфічність медичного критерію полягає в тому, що він і може, і не може бути ознакою, яка відрізняє осудність від неосудності, тому розмежування неосудності і осудності за медичним критерієм не завжди буває можливим. Розмежування даних категорій завжди повинно спиратися на встановлення не тільки медичного, а й юридичного критеріїв.

Термін «суспільна небезпека», який вживається в КК України, видається невизначеним (оцінним), який не має чітких критеріїв. Більш правильним видається застосування формулювання «усвідомлення суспільної небезпеки» в інтелектуальному моменті юридичного критерію, яке стосовно сфери дії кримінального закону означає усвідомлення суб'єктом факту вчинення діяння, забороненого кримінальним законом.

Оскільки категорія «неосудність», на нашу думку, є категорією виключно кримінально-правовою та не зустрічається в інших галузях права, більш точним є застосування формулювання «не усвідомлення суспільної небезпеки» свого діяння (бездіяльності).

Проблема обмеженої осудності обговорюється досить давно, проте до цих пір немає чіткого її розуміння. У літературі висловлено чимало суперечливих суджень щодо шляхів вирішення даної проблеми. Деякі автори вважають правильним і доцільним вивчення та аналіз цієї кримінально-правової категорії, схвалюють включення в кримінальне законодавство поняття обмеженої осудності, інші – навпаки, висловлюють вкрай негативне ставлення щодо існування обмеженої осудності у відповідній нормі КК України (ст. 20).

Обмежена осудність обумовлює можливість визнавати особу винною і притягувати до кримінальної відповідальності за вчинене діяння, є юридичною передумовою вини та кримінальної відповідальності.

Аналіз літератури та судової практики свідчить про необхідність, справедливості і логічності існування інституту обмеженої осудності як одного з видів осудності.

Питання про віднесення групи осіб, у яких після вчинення злочину настав психічний розлад, що робить неможливим призначення або виконання покарання, в наукових колах є дискусійним. Це пов'язано з недосконалістю формулювання ст. 84 КК України, недоліки якої полягають у «розмитості» медичного критерію і збігу з юридичним критерієм неосудності.

Найбільш раціональним способом усунення протиріччя стосовно питань застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які захворіли психічним розладом після вчинення злочину, могло б стати закріплення в КК України відповідного виду відстрочки виконання покарання. У її рамках спочатку суд повинен призначати винному справедливе покарання за вчинене з урахуванням характеру і ступеня суспільної небезпеки вчиненого злочину, всіх пом'якшуючих і обтяжуючих обставин та інших чинників, що беруться до уваги в таких випадках. Але виконання цього покарання буде відстрочено до вилікування психічного захворювання і одужання винного. При цьому в подальшому ніщо не завадить застосувати до нього положення ст. 80 КК України про звільнення від відбування покарання у зв'язку із закінченням терміну давності виконання обвинувального вироку суду, якщо для лікування злочинця знадобляться тривалі терміни.

Отже, видається доцільним доповнення частини другої ст. 76 КК України пунктом 7 наступного змісту: «7) відстрочити виконання покарання відносно осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння, але захворіли психічним розладом після вчинення злочину до вилікування психічного захворювання або покращення психічного стану».

РОЗДІЛ 3

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

3.1. Види примусових заходів медичного характеру

Кримінальний кодекс 2001 року в порівнянні з раніше чинним містить більш широкий перелік видів примусових заходів медичного характеру. У ст. 94 КК України 2001 р. передбачені такі види примусових заходів медичного характеру: надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку; госпіталізація до психіатричного закладу зі звичайним наглядом; госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом; госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом.

Призначення примусових заходів медичного характеру, зміна їх виду, продовження терміну, а також припинення їх застосування здійснюється судом на підставі розгляду висновків судово-психіатричних експертних комісій, комісій лікарів-психіатрів, лікувальних установ, що здійснюють примусове лікування, психіатричних комісій по огляду засуджених [11, с. 99].

Переходячи до розкриття структурно-функціональної характеристики примусових заходів медичного характеру, необхідно дати загальну характеристику психіатричним і психоневрологічним установам. Психіатричні та психоневрологічні установи (підрозділи) у своїй діяльності керуються Законом України «Про психіатричну допомогу». Відкриття і закриття психіатричних і психоневрологічних установ (підрозділів) проводиться органами охорони здоров'я за територіальною ознакою [107, с. 32].

Позалікарняні психіатричні та психоневрологічні заклади, психоневрологічні диспансери, диспансерні відділення психіатричних лікарень, психіатричні диспансерні відділення та кабінети міських, центральних і районних лікарень та поліклінік здійснюють спеціалізовану психіатричну

допомогу особам, які страждають психічними розладами, за територіально-дільничним принципом.

Завданнями позалікарняних психіатричних і психоневрологічних установ є: амбулаторна консультативно-лікувальна психіатрична допомога населенню; диспансерне спостереження хворих. Функції та обов'язки окремих категорій працівників даних закладів та підрозділів встановлюються посадовими інструкціями, які затверджуються головним лікарем закладу на основі положень, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

При виборі примусового заходу медичного характеру слід враховувати низку клініко-психопатологічних і соціально-психологічних ознак, взаємодія яких може призвести до формування психопатологічного механізму суспільно небезпечного діяння [112, с. 33].

До клініко-психопатологічних факторів ризику вчинення суспільно небезпечних діянь відносяться переважно такі форми психічної патології: 1) психопатоподібні синдроми з підвищеною поведінковою активністю і патологією потягів (у тому числі гебоїдний); 2) маячні ідеї певного змісту, особливо спрямовані проти конкретних осіб або організацій (персоніфіковані) і такі, що супроводжуються афективною напруженістю (насамперед ідеї ревнощів, переслідування, сексуального впливу і т. ін.); 3) періодичні та пароксизмальні психотичні стани, що супроводжуються агресивністю і мають тенденцію до частого виникнення; 4) депресивні стани з маренням самозвинувачення (ризик вчинення суспільно небезпечних дій за механізмом «розширеного самогубства»); 5) маніакальні та гіпоманіакальні стани із загальною розгальмованістю і псевдопідприємливістю.

При різноманітних психопатологічних станах ризик вчинення суспільно небезпечних діянь збільшують також наступні фактори: 1) прояви соціальної дезадаптації у вигляді відсутності роботи і трудової зайнятості, матеріальної незабезпеченості, житлово-побутової невлаштованості (особливо відсутність постійного місця проживання), сімейного неблагополуччя, схильності до

асоціального впливу з боку інших осіб; 2) схильність до систематичного вживання алкоголю, наркотичних засобів або інших одурманюючих речовин; 3) повторність вчинення суспільно небезпечних діянь (як до, так і після початку психічного розладу); 4) порушення лікарняного режиму при попередніх госпіталізаціях до психіатричних стаціонарів.

Наведені нижче приблизні показання для застосування окремих видів примусових заходів медичного характеру можуть бути використані в практичній роботі лише за наявності загальної підстави: наявності психічного розладу, пов'язаного з можливим заподіянням особами іншої істотної шкоди або з небезпекою для себе або інших осіб, а також з урахуванням принципів та факторів ризику.

Громадянин М.Н., 06.03.1978 р. н., вчинив крадіжку з проникненням до житла, але не зміг довести свої злочинні дії до кінця з причин, які не залежали від його волі. Також незаконно придбав, зберігав та носив бойові припаси без передбаченого законом дозволу.

У судовому засіданні підсудний пояснити нічого не зміг.

За клопотанням прокурора по справі була призначена стаціонарна судово-психіатрична експертиза, висновки якої вказують на те, що М.Н. за своїм психічним станом в даний час не може розуміти свої дії та керувати ними. За своїм психічним станом він потребує застосування до нього примусових заходів медичного характеру [90].

Амбулаторний примусовий нагляд або лікування у психіатра відповідно до ст. 94 КК України може бути призначено особам: які вчинили суспільно небезпечні діяння, передбачені кримінальним законом, в стані неосудності; особам, визнаним обмежено осудними, а також у яких після вчинення злочину, але до винесення вироку суду настав психічний розлад, що робить неможливим призначення покарання, або під час відбування покарання настав психічний розлад, що робить неможливим його відбування. Якщо вони за своїм психічним станом не потребують госпіталізації до психіатричного закладу.

З урахуванням цієї вимоги застосування даного примусового заходу медичного характеру слід рекомендувати переважно особам: які вчинили суспільно небезпечне діяння в стані тимчасового психічного розладу або психічного загострення (нападу, пароксизму) хронічного психічного розладу, що стався до часу проведення експертизи, в разі малої ймовірності повторення психозу, а також при збереженні соціальної адаптації хворого і здатності до дотримання встановленого режиму; з хронічними психічними розладами або недоумством після проведення примусового лікування в психіатричному стаціонарі при нестійкій соціальній адаптації та виявленої в минулому схильності до повторних суспільно небезпечних дій – як етапу перед повним припиненням примусового лікування (у порядку зміни примусового заходу медичного характеру).

Звертаючись до питання про організацію амбулаторного примусового нагляду та лікування у психіатра, необхідно зазначити наступне. Амбулаторне примусове спостереження і лікування у психіатра здійснюється психоневрологічним диспансером (диспансерним відділенням, кабінетом) за місцем проживання хворого [95, с. 32]. При необхідності за рішенням головного психіатра відповідного органу управління охорони здоров'я даний захід медичного характеру може здійснюватися за місцем проживання опікуна або членів сім'ї хворого, у яких він тимчасово проживає.

Психоневрологічний диспансер (диспансерне відділення, кабінет) надсилає до органу внутрішніх справ за місцем проживання особи письмову інформацію про його прийняття на амбулаторне примусове спостереження і лікування у психіатра. Надалі аналогічна інформація надсилається в орган внутрішніх справ негайно після отримання ухвали суду про продовження, зміну або скасування примусового заходу медичного характеру.

Контрольні карти диспансерного спостереження (форма №030-1/У) за особами, які перебувають на амбулаторному примусовому лікуванні, розташовуються в загальних картотеках психоневрологічних диспансерів з

позначкою у верхньому правому куті лицьового боку картки «ПЛ» (примусове лікування) і кольоровим маркуванням або формуються окремим масивом з тією ж позначкою [101, п. 1.3].

Хворий повинен оглядатися лікарем в диспансері (диспансерному відділенні, кабінеті), а за наявності показань – вдома, з частотою, що забезпечує можливість проведення показаних йому за психічним станом лікувально-реабілітаційних та діагностичних заходів, але не рідше одного разу на місяць. Виконання лікарських рекомендацій контролюється співробітниками психоневрологічного диспансеру (диспансерного відділення, кабінету), за необхідності із залученням членів сім'ї, опікуна, інших осіб найближчого оточення хворого, а у випадках поведінки, що носить антигромадський характер, а також ухилення від проходження призначеного примусового заходу медичного характеру, і за допомогою співробітників поліції.

У разі, якщо стан і поведінка хворого ускладнюють його обстеження (тривала відсутність за місцем проживання, вчинення опору та вчинення інших дій, які загрожують життю та здоров'ю медичних працівників, спроби сховатися від них), а також при створенні перешкод для його обстеження та лікування з боку членів сім'ї, опікуна або інших осіб, медичний персонал звертається за допомогою до співробітників поліції [103, п. 2.4]. Останні діють відповідно до Закону України «Про Національну поліцію» [104] і Закону України «Про психіатричну допомогу» [107], надають необхідне сприяння в розшуку, затриманні особи і забезпечують безпечні умови для її огляду. Відносно особи, яка перебуває на амбулаторному примусовому спостереженні та лікуванні, можуть бути застосовані будь-які медичні засоби і методи, дозволені в установленому законом порядку, а також різні види лікувально-реабілітаційної та соціально-психіатричної допомоги, передбачені Законом України «Про психіатричну допомогу» [107]. З цією метою особа може бути направлена до будь-якого лікувально-реабілітаційного підрозділу диспансеру (спеціалізовані кабінети, лікувально-виробничі (трудові) майстерні, денний

стаціонар і т. ін.), а також поміщена в психіатричний стаціонар без зміни форми примусових заходів медичного характеру, якщо госпіталізація не викликана зростанням небезпеки, яка носить стійкий характер. Дана особа користується правом на безкоштовне медикаментозне лікування й іншими правами і пільгами, передбаченими законодавством України, та іншими нормативними актами щодо відповідної категорії осіб, які страждають психічними розладами.

За наявності показань особа, яка перебуває на амбулаторному примусовому лікуванні, може бути направлена до психіатричного стаціонару (лікарню, відділення) як добровільно, так і в порядку примусової госпіталізації [107]. В останньому випадку госпіталізація зазвичай здійснюється за сприяння поліції. Психіатричний стаціонар (лікарня, відділення), в який поміщається хворий, письмово сповіщається лікарем, який видав направлення на госпіталізацію, що дана особа перебуває на амбулаторному примусовому лікуванні.

Працездатні хворі під час примусових заходів медичного характеру можуть з урахуванням стану їхнього здоров'я працювати як у звичайних умовах, так і в умовах лікувально-виробничих спеціалізованих підприємств і цехів, які використовують працю осіб, що страждають психічними розладами. Вийзди за службової необхідності в таких випадках вони узгоджують з лікуючим лікарем психоневрологічного диспансеру (диспансерного відділення, кабінету) [78].

При зміні стану, який робить їх тимчасово непрацездатними, вони отримують лікарняний листок, при стійкій втраті або зниженні працездатності – направляються на медико-соціальну експертну комісію, в разі визнання їх інвалідами мають право на пенсійне забезпечення.

Також може здійснюватися примусова госпіталізація, при появі підстав для зміни заходу медичного характеру на стаціонарне примусове лікування, до психоневрологічного диспансеру (відділення, кабінету). У такому випадку одночасно з госпіталізацією за рішенням комісії лікарів-психіатрів порушується

клопотання перед судом про зміну примусового заходу, про що письмово сповіщається адміністрація стаціонару. Питання про виписку такого хворого може бути вирішене тільки у випадку отримання ухвали суду про відмову у зміні примусового заходу медичного характеру [107].

Таким чином, амбулаторний примусовий нагляд і лікування у психіатра призначається щодо особи, яка за своїм психічним станом не потребує поміщення в психіатричний стаціонар. За своїм змістом даний вид примусових заходів медичного характеру передбачає обов'язковий диспансерний нагляд. Воно встановлюється незалежно від згоди пацієнта в медичній установі, що надає психіатричну допомогу амбулаторно. Їх частота не регламентована і залежить від низки обставин, зокрема, психічного стану хворого, динаміки психічного розладу і потреб пацієнта в психіатричній допомозі.

Відповідно до ч. 2 ст. 94 КК України та принципом необхідності і достатності примусові заходи медичного характеру в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) можуть бути призначені зазначеним особам, якщо характер психічних розладів «вимагає таких умов лікування, догляду, утримання та нагляду, які можуть бути здійснені тільки в психіатричному стаціонарі».

Примусове лікування в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) із звичайним наглядом відповідно до ч. 3 ст. 94 КК України може бути призначене особам, якщо вони за своїм психічним станом «потребують стаціонарного лікування та нагляду, але не вимагають посиленого нагляду».

З урахуванням цієї вимоги, застосування даного примусового заходу медичного характеру слід рекомендувати переважно особам: 1) які вчинили суспільно небезпечне діяння і знаходяться в даний час у психотичному стані, у випадках відсутності виражених тенденцій до грубих порушень лікарняного режиму і сприятливого прогнозу щодо терапевтичного купірування психозу, але при збереженні ймовірності його повторення (хронічні захворювання з частими загостреннями; наявність патологічного ґрунту, що сприяє

виникненню тимчасових психічних станів, наприклад, резидуального органічного ураження головного мозку і т. ін.), а також при недостатній критиці до свого стану, що робить неможливим проведення лікування в стаціонарі або в амбулаторних умовах на загальних підставах; 2) з явищем недоумства, стану психічного дефекту різного походження та психічними розладами, які вчинили діяння, спровоковані будь-якими зовнішніми несприятливими обставинами, без вираженої тенденції до їх повторення і грубих порушень лікарняного режиму; 3) що страждають тимчасовим психічним розладом, який з'явився після вчинення суспільно небезпечного діяння, але до винесення вироку (примусові заходи медичного характеру до виходу із зазначеного хворобливого стану), при відсутності виражених тенденцій до вчинення нових суспільно небезпечних діянь і грубим порушенням лікарняного режиму; 4) з хронічними психічними розладами або недоумством після примусового лікування в психіатричних стаціонарах (лікарнях, відділеннях) з посиленням наглядом, у тому числі з суворим наглядом, в разі поліпшення їхнього психічного стану та (або) зниження небезпеки, що дозволяють продовжити примусове лікування в умовах психіатричного стаціонару загального типу (у порядку зміни примусового заходу медичного характеру); 5) виявили під час раніше призначеного судом амбулаторного примусового лікування погіршення психічного стану та (або) зростання небезпеки, якщо це унеможливило проведення показаних їм лікувально-реабілітаційних заходів в амбулаторних умовах і вимагає їх переведення до психіатричного стаціонару (лікарень, відділень) із звичайним наглядом (у порядку зміни примусового заходу медичного характеру).

Примусові заходи медичного характеру в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) відповідно до ч. 2 ст. 94 КК України можуть бути призначені особам, якщо вони за своїм психічним станом вимагають «постійного нагляду». З урахуванням вимог застосування даного примусового заходу медичного характеру його слід рекомендувати переважно особам: 1) з

хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляється в силу клінічних проявів захворювання і (або) преморбідних особистісних особливостей, схильністю до повторних суспільно небезпечних діянь і порушень лікарняного режиму, яке робить неможливим проведення показаних їм лікувально-реабілітаційних заходів в умовах психіатричного стаціонару (лікарні, відділення) із звичайним наглядом; 2) які страждають тимчасовим психічним розладом, що мав розвиток після вчинення суспільно небезпечного діяння, але до винесення вироку (примусове лікування до виходу із зазначеного хворобливого стану), у разі загрози вчинення ними нових суспільно небезпечних діянь, грубих порушень лікарняного режиму, включаючи втечу; 3) з хронічними психічними розладами або недоумством після примусового лікування в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) з посиленням наглядом при поліпшенні їхнього психічного стану та (або) зниження небезпеки, що дозволяють продовжити примусове лікування в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) спеціалізованого типу (в порядку зміни примусового заходу медичного характеру); 4) у яких виявлено під час проведення раніше призначеного судом менш суворого примусового заходу медичного характеру погіршення психічного стану та (або) зростання небезпеки, якщо це унеможливило проведення показаних їм лікувально-реабілітаційних заходів у колишніх умовах і вимагає їх переведення в умови психіатричного стаціонару (лікарні, відділення) спеціалізованого типу (в порядку зміни примусового заходу медичного характеру) [78, с. 25].

Примусові заходи медичного характеру в психіатричному стаціонарі (лікарні, відділенні) спеціалізованого типу з посиленням наглядом можуть бути призначені особам, якщо вони за своїм психічним станом «становлять особливу небезпеку для себе або інших осіб і вимагають постійного і посиленого спостереження» (ч. 3 ст. 94 КК України).

З урахуванням зазначених вимог застосування даного примусового заходу медичного характеру слід рекомендувати переважно особам: 1) з

хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляють тенденцію, обумовлену клінічними проявами захворювання та (або) преморбідними особистісними особливостями до вчинення повторних тяжких або особливо тяжких суспільно небезпечних діянь, особливо насильницького характеру; 2) з хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляють в силу клінічних проявів захворювання та (або) преморбідних особистісних особливостей наполегливі антисоціальні тенденції, які проявляються у багаторазових суспільно небезпечних діях, а також у грубих порушеннях лікарняного режиму за даними стаціонарів (нападу на персонал, втечі, ініціювання групових безладів), якщо вказані порушення поведінки унеможливають проведення показаних їм лікувально-реабілітаційних заходів в умовах застосування інших примусових заходів медичного характеру; 3) які страждають тимчасовим психічним розладом, що стався після вчинення суспільно небезпечного діяння, але до винесення вироку (примусове лікування до виходу із зазначеного хворобливого стану), у разі загрози вчинення ними нових тяжких або особливо тяжких діянь, а також втечі; 4) які виявили під час застосування раніше призначеного судом менш суворого примусового заходу медичного характеру погіршення психічного стану та (або) зростання небезпеки, якщо це унеможливає проведення показаних їм лікувально-реабілітаційних заходів у колишніх умовах і вимагає їх переведення в умови психіатричного стаціонару спеціалізованого типу з посиленням наглядом (у порядку зміни примусового заходу медичного характеру) [78, с. 30].

Поміщення психічно хворого в психіатричну лікарню веде до зміни обстановки і цим самим може запобігти вчиненню нового суспільно небезпечного діяння [96, с. 24] і сприяти охороні особистості психічно хворого під час його лікування. У свою чергу, охорона особистості психічно хворого виражається у недопущенні самогубства чи заподіяння ним шкоди своєму здоров'ю, а також у захисті життя, здоров'я, статевої недоторканності, честі та

гідності психічнохворого від протиправних дій з боку третіх осіб, яким може сприяти психічний стан хворого [78, с. 8].

Разом з тим поміщення в лікарню покликане виключити реальну можливість такого діяння і захистити особистість психічно хворого. Це може бути досягнуто при дотриманні низки умов.

Госпіталізація психічно хворих до лікувальних відділень здійснюється: по-перше, з урахуванням ступеня їх суспільної небезпеки; по-друге, відповідно до їх психічного стану; по-третє, з дотриманням умов, що попереджають ексцеси психічно хворих.

Залежно від ступеня суспільної небезпеки психічно хворі можуть бути розділені на дві групи: 1) які не становлять особливої суспільної небезпеки; 2) які становлять особливу суспільну небезпеку. До першої групи осіб примусові заходи медичного характеру застосуванню не підлягають, оскільки можливість застосування подібних заходів пов'язана з можливістю заподіяння істотної шкоди або з небезпекою для себе або інших осіб. Відносно таких осіб суд може передати необхідні матеріали органом охорони здоров'я для вирішення питання лікування цих осіб або направлення їх до психоневрологічних установ соціального забезпечення у порядку, передбаченому законодавством про охорону здоров'я. Особлива небезпека другої групи осіб пояснюється як більшою загрозою вчинення ними суспільно небезпечних діянь, так і реальною можливістю вчинення діянь, що становлять підвищену суспільну небезпеку.

Розміщення психічно хворих, підданих примусовому лікуванню, повинно здійснюватися відповідно до їх психічного стану в різні відділення і різні палати одного й того самого відділення. Дотримання умов, що попереджають ексцеси, виражається: в утриманні психічно хворих на території, яка охороняється; забороні тим, хто примусово лікується, покидати цю територію і самовільно виходити за межі відділення, а іноді й межі палати; у створенні наглядових палат, що мають спеціальний цілодобовий пост; у проведенні

побачень з родичами лише в присутності медичних працівників; в огляді посилок і передач з метою недопущення спиртних напоїв та інших предметів (наприклад, ножів, бритв), що можуть призводити до ексцесів. Хоча попередження нових суспільно небезпечних діянь та охорона особистості психічно хворого тісно взаємопов'язані, вони обов'язково відбуваються одночасно. Психічно хворий, який перестав становити загрозу для суспільства, може залишатися небезпечним для себе.

Не можна не враховувати і того, що в ряді випадків небезпечним діям психічно хворих сприяють наявні навички, оскільки при психічних захворюваннях іноді можливе поєднання явних психічних порушень зі збереженням кримінальних навичок і здатністю хворих контактувати з оточуючими [51, с. 9]. Ці навички можуть не тільки розвиватися в період хвороби, а й зберігатися, утворившись від неї, тому відмова від соціального впливу на таких хворих була б явно неправильною [368, с. 16], обов'язок такого впливу покладається, в свою чергу, на персонал лікувальних установ. Керує психіатричною лікарнею головний лікар, у якого є заступник з медичної частини і помічник з адміністративно-господарської частини (у відсутності головного лікаря та його заступника керівництво лікарнею залишається за черговим лікарем) [155, с. 52].

Чоловічі і жіночі відділення психіатричної лікарні поділяються на: 1) відділення для первинно хворих, а також хворих із загостренням хвороби; 2) відділення для неспокійних хворих; 3) відділення для частково неспокійних хворих; 4) відділення для спокійних хворих; 5) відділення для слабких, паралізованих і неохайних хворих [107].

Давши загальну характеристику психіатричному стаціонару, необхідно звернутися до Методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України «Організація, критерії та порядок надання психіатричної допомоги в примусовому порядку».

Серед основних завдань і функцій психіатричної лікарні виділяється, зокрема, здійснення, за рішенням суду, примусового лікування психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечні діяння. Крім цього, психіатрична лікарня здійснює: надання спеціалізованої висококваліфікованої лікувально-діагностичної та соціально-відновлювальної допомоги особам, які страждають психічними розладами, в умовах стаціонару; проведення стаціонарної судово-психіатричної, військово-лікарської, лікарсько-трудової та інших видів експертиз особам з психічними розладами; забезпечення наступності з психоневрологічними диспансерами (диспансерами відділеннями, кабінетами) та іншими установами в лікуванні і соціально-трудовій реабілітації психічно хворих; освоєння та впровадження в практику нових організаційних форм, сучасних засобів і методів діагностики і лікування психічних захворювань, а також соціально-трудової реабілітації психічно хворих, заснованих на досягненнях науки, техніки і досвіду закладів охорони здоров'я.

Психіатричний стаціонар спеціалізованого типу є лікувально-профілактичним закладом, призначеним для проведення, за ухвалою суду, примусового лікування психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечні діяння і становлять за своїм психічним станом і характером вчиненого особливу небезпеку для суспільства, які потребують постійного нагляду.

Психіатричний стаціонар спеціалізованого типу з посиленням наглядом (відділення) призначений для проведення за ухвалою суду примусового лікування психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечні діяння і за своїм психічним станом становлять особливу небезпеку для себе або інших осіб і вимагають постійного посиленого спостереження.

Переведення осіб, які перебувають на примусовому лікуванні, з одного психіатричного стаціонару (лікарні, відділення) до іншого того самого типу дозволяється в межах території України – головним психіатром відповідного органу управління охорони здоров'я; з території одного суб'єкта України на територію іншого, а також хворих, які не мають певного місця проживання,

родичів або законних представників, так само як в складних і спірних випадках – головним психіатром Міністерства охорони здоров'я України.

У випадках, коли в період застосування примусових заходів медичного характеру дані клінічного нагляду викликають сумніви в наявності психічного розладу і (або) обґрунтованості визнання особи, яка перебуває на примусовому лікуванні, неосудною або підпадають під дію ч. 1 ст. 84 КК України із звільненням від покарання (подальшого відбування покарання), адміністрація лікарні надсилає відповідний висновок комісії лікарів-психіатрів у прокуратуру за місцем знаходження суду, який виніс ухвалу про призначення примусового лікування, для вирішення питання про необхідність перегляду цієї ухвали в передбаченому законному порядку [78, с. 31].

У випадках, коли в період застосування примусових заходів медичного характеру дані клінічного нагляду особи, звільненої від покарання або подальшого відбування покарання (ч. 1, ст. 84 КК України), свідчать про те, що ця особа страждала важким психічним розладом ще під час вчинення злочину, в силу чого є підстави сумніватися в її осудності щодо вчиненого, адміністрація лікарні надсилає відповідний висновок комісії лікарів-психіатрів до прокуратури за місцем знаходження суду, який виніс обвинувальний вирок, для вирішення питання про необхідність його перегляду в установленому законному порядку.

Щодо осіб, у яких після вчинення злочину, але до винесення вироку настав психічний розлад, що робить неможливим призначення покарання, у разі їх втечі або смерті адміністрація лікувального закладу зобов'язана повідомити також орган розслідування чи суд.

Нагляд за законністю виконання ухвал судів про призначення, продовження, зміну або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до Закону України «Про прокуратуру» [106].

Контроль за своєчасним і правильним проведенням примусових заходів медичного характеру в психіатричних стаціонарах (лікарнях, відділеннях) і психоневрологічних диспансерах (диспансерних відділеннях, кабінетах) здійснюється органами управління охорони здоров'я відповідно до Закону «Про психіатричну допомогу» [107].

3.2. Призначення, продовження, зміна та припинення застосування примусових заходів медичного характеру

Питання застосування примусових заходів медичного характеру регламентовані нормами розділу 14 Загальної частини КК України.

Однак розгляд питань, пов'язаних з призначенням, продовженням, зміною, припиненням застосування примусових заходів медичного характеру, проведенням судово-психіатричної експертизи не буде повним, якщо не торкнутися суміжних галузей права: кримінально-виконавчого та кримінально-процесуального. Призначення примусових заходів медичного характеру, зміна їх виду, продовження термінів, а також припинення їх застосування здійснюється судом на підставі розгляду судово-психіатричних експертних комісій, комісій лікарів-психіатрів лікувальних установ, що здійснюють примусове лікування, психіатричних комісій з огляду засуджених. Дані комісії здійснюють вибір рекомендованого для застосування судом заходу медичного характеру, виходячи з психічного стану особи з урахуванням характеру вчиненого ним суспільно небезпечного діяння. Висновок комісії ґрунтується на загальному принципі необхідності і достатності рекомендованого заходу для запобігання нових суспільно небезпечних дій з боку хворого, а також для проведення показаних йому лікувально-реабілітаційних заходів [12, с. 288].

Спочатку слід звернутися до проведення судово-психіатричної експертизи. Узагальнюючи матеріали, пов'язані з призначенням і проведенням судово-психіатричної експертизи та примусових заходів медичного характеру, можна відзначити, що деякі судово-психіатричні експертні комісії, як і судово-

слідчі органи, не завжди дотримуються вимог КПК України та чинних наявних спеціальних інструкцій і положень з цих питань .

Основні причини, що ускладнюють проведення експертизи та затягують її терміни, зводяться до наступного. Судово-психіатрична експертиза не може бути проведена на належному рівні без досить повно оформленого кримінального провадження, так як для судово-психіатричного висновку і вирішення питань осудності – неосудності випробовуваних велике значення мають обставини справи (мотиви вчинення злочинів, поведінка обвинуваченого до, під час і після вчиненого суспільно небезпечного діяння, поведінка в побуті, наявність необхідної медичної документації) [108, с. 166].

Проте деякі суди і слідчі працівники органів дізнання, прокуратури і місць ув'язнення з великим запізненням надсилають експертам необхідні для проведення експертизи матеріали кримінальних проваджень, зокрема, про знаходження раніше на лікуванні підекспертного в психіатричній лікарні, про інвалідність, про зняття з військового обліку через хворобу і т. ін. [43].

Тож, якщо складність і неясність клінічної картини захворювання цілком виправдовують продовження терміну випробування, продовження ж термінів експертизи з причин організаційного порядку не має ніяких виправдань і призводить до необґрунтованого порушення термінів проведення експертизи і тим самим термінів розслідування кримінальних проваджень.

Нерідко органи слідства і суди в своїх постановках і ухвалах перед комісіями експертів ставлять питання про осудність обвинуваченого як в момент вчинення ним суспільно небезпечного діяння, так і в даний час, тобто до моменту проведення самої експертизи. Осудність, будучи передумовою вини, визначається лише щодо конкретного суспільно небезпечного діяння. Отже, ставити питання про осудність до вчинення суспільно небезпечного діяння неправомірно. Якщо особа захворіла психічною хворобою у період досудового слідства, тобто після вчинення суспільно небезпечного діяння, то в таких випадках слід говорити не про осудність, а про психічний стан особи і

про можливість останньої постати перед судом. Однак окремі працівники досудового слідства та суду вимагають від експертів надання такого роду висновку [108, с. 144]. Суттєво, що такі вимоги не можуть бути задоволені, так як змішання цих двох понять може призвести до судової помилки.

Не менш важливу роль в організації та проведенні експертизи відіграє своєчасна доставка осіб, які вже пройшли судово-психіатричну експертизу, що сприяє розвантаженню експертних відділень. Це положення повинно відноситись не тільки до осіб, визнаних осудними, а й до психічно хворих-неосудних, які потребують застосування до них заходів медичного характеру. Тривалість перебування в експертних відділеннях осіб, визнаних психічно хворими-неосудними, які потребують застосування примусових заходів медичного характеру, затримує терміни початку лікування і тим самим збільшує час знаходження на примусовому лікуванні.

Затримка евакуації психічно хворих-неосудних з експертного відділення найчастіше пов'язана з тривалим неотриманням ухвали судів про припинення на них кримінального провадження і призначення примусових заходів медичного характеру, у зв'язку з чим психічно хворі змушені перебувати у стані обвинувачених та їх права як душевнохворих ущемляються (побачення, листування і т. п.) Тривалі затримки винесення вироку судами на випробовуваних, визнаних неосудними, які потребують примусового лікування, відзначаються багатьма психоневрологічними лікарнями. Судово-психіатричні експертні комісії, вирішуючи питання про неосудність особи, яка притягається до кримінальної відповідальності, одночасно рекомендують у своїх висновках і примусові заходи медичного характеру.

Стаціонарне примусове лікування проводиться в психіатричних стаціонарах (лікарнях, відділеннях), на які органами управління охорони здоров'я покладено ці функції, амбулаторне примусове лікування – в усіх лікувально-профілактичних закладах, які надають амбулаторну психіатричну допомогу особам з важкими психічними розладами. З метою запобігання

дезадаптації хворого і забезпечення наступності між стаціонарними і диспансерними ланками психіатричної допомоги примусове лікування в психіатричних стаціонарах загального, посиленого і суворого спостереження, а також амбулаторне примусове лікування, як правило, здійснюються за місцем проживання хворого, його родичів або законного представника [2, с. 38].

Підставою для поміщення особи на примусове лікування в психіатричний стаціонар (лікарню, відділення) або прийняття на амбулаторне примусове лікування є ухвала суду про застосування до неї відповідного примусового заходу медичного характеру [78, с. 28]. До копії ухвали суду долучають документи, що посвідчують особу та місце проживання хворого (паспорт, військовий квиток – для осіб, які проходять військову службу за призовом), і направляють їх до тієї установи, де хворий перебуває після проведеної йому експертизи (психіатричного огляду), або в психоневрологічний диспансер (диспансерне відділення, кабінет), якщо хворий перебуває вдома. Зазначена установа разом з хворим направляє за місцем проведення примусового лікування названі документи, а також в обов'язковому порядку копію акту судово-психіатричної експертизи або акту психіатричного огляду (для засуджених), витяг з історії хвороби (медичної карти), якщо хворий після проведення експертизи (психіатричного обстеження) перебував під наглядом лікарів і отримував лікування.

У разі переведення хворого з однієї установи до іншої для продовження примусових заходів медичного характеру з ним надсилаються всі названі документи, витяги з історії хвороби (медичної карти), а також копії останньої ухвали суду про продовження або зміну виду примусових заходів медичного характеру і відповідного висновку комісії лікарів-психіатрів. Копії ухвал суду та інші документи, перераховані в даному пункті, повинні бути завірені підписами посадових осіб і скріплені печатками.

Так, Комінтернівський районний суд Одеської області розглянув подання КУ «ООПЛ 2» про продовження застосування примусових заходів медичного характеру із звичайним наглядом щодо К.Н. в 05.03.1978 р. н.

Відповідно до висновку комісії лікарів-психіатрів, К.Н. у зв'язку з нестабільним психічним станом потребує продовження примусових заходів медичного характеру в психіатричній лікарні із звичайним наглядом.

Згідно зі ст. 95 КК України продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру.

На підставі викладеного, суд постановив: заяву комунального закладу «Одеська обласна психіатрична лікарня – 2» про продовження застосування примусових заходів медичного характеру щодо К.Н. задовольнити і продовжити застосування примусових заходів медичного характеру у психіатричному закладі із звичайним наглядом [152].

При проведенні примусових заходів медичного характеру можуть застосовуватися методи діагностики, лікування і реабілітації, дозволені Міністерством охорони здоров'я України. Вибір цих методів визначається виключно клінічними показаннями. Лікування цих осіб за загальним правилом проводиться після отримання їх письмової згоди [107]. Однак за наявності показань лікування може проводитися без їх згоди і без згоди їх законних представників. У цих випадках, крім невідкладних заходів, лікування застосовується за рішенням комісії лікарів-психіатрів. Застосування хірургічних та інших методів лікування психічних розладів, що викликають незворотні наслідки, а також проведення випробувань медичних засобів і методів у період примусових заходів медичного характеру не допускається.

Виконання судових ухвал про направлення осіб, які страждають психічними розладами, на примусове лікування до психіатричного стаціонару (лікарні, відділення) загального та спеціалізованого типів, а також на амбулаторне примусове лікування проводиться органами та установами охорони здоров'я за сприяння в необхідних випадках органів внутрішніх справ. Виконання судових ухвал щодо всіх осіб, які перебувають під вартою, а також хворих, що підлягають поміщенню в психіатричні стаціонари спеціалізованого типу з посиленням наглядом, проводиться силами і засобами органів кримінально-виконавчої системи.

Особа, якій призначені примусові заходи медичного характеру, відповідно до Кримінального кодексу України повинна не рідше одного разу на шість місяців підлягати огляду комісією лікарів-психіатрів для вирішення питання про наявність підстав для внесення подання до суду про продовження, зміну або припинення застосування примусового заходу. Якщо стан хворого змінився, огляд може бути проведено в будь-який час до закінчення шести місяців. Обчислення строку чергового огляду проводиться від дати набрання законної сили ухвали суду про призначення або зміну примусового заходу медичного характеру. Якщо результатом попереднього огляду комісією лікарів-психіатрів стало продовження примусового лікування, то обчислення проводиться від дати цього огляду (ч. 2 ст. 95 КК України).

Персональний склад комісії лікарів-психіатрів за поданням головного лікаря установи, що здійснює примусові заходи медичного характеру, затверджується органом управління охорони здоров'я за підпорядкованості цієї установи. До складу комісії поряд з лікарями цієї установи можуть входити фахівці, які не є його співробітниками [50, с. 65]. Участь у комісії лікуючого лікаря як її члена є обов'язковою і не потребує затвердження органом управління охорони здоров'я. До складу комісії за клопотанням особи, що підлягає огляду, або його законного представника може бути включений лікар-психіатр з числа зазначених ними осіб, який погодився взяти участь в огляді.

Неявка лікаря-психіатра, включеного до складу комісії за клопотанням особи, огляд якої проводиться, або її законного представника, якщо він був своєчасно сповіщений про час засідання комісії, не чинить перешкод проведенню огляду. На територіях, де амбулаторна психіатрична допомога надається психоневрологічним кабінетом, для огляду осіб, які перебувають на амбулаторному примусовому лікуванні, вищестоящий орган охорони здоров'я з урахуванням місцевих умов може або сформувати комісію в складі лікаря-психіатра зазначеного кабінету і лікаря центральної психіатричної установи, або покласти цю функцію на комісію лікарів-психіатрів установи, що здійснює примусове лікування в даному регіоні. У складних і спірних випадках питання про можливість зміни або скасування примусового лікування може бути розглянуто комісією під головуванням головного психіатра відповідного (за підпорядкованістю лікувального закладу) органу управління охорони здоров'я.

Висновок комісії лікарів-психіатрів про необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусового заходу оформляється спеціальним Актом медичного огляду (форма 104/У), на підставі якого головним лікарем лікувальної установи або його заступником робиться відповідне подання до суду, який призначив примусовий захід, або до сууд за місцем знаходження лікувального закладу, з долученням зазначеного Акту [78]. Якщо психічний стан особи не змінюється, то акт медичного огляду з рекомендацією продовжити примусові заходи медичного характеру перший раз надається до суду через шість місяців після його призначення, а в подальшому це робиться щороку. У такому випадку після шести місяців після попереднього огляду необхідність продовження примусових заходів медичного характеру, якщо стан хворого не змінився, підтверджується лікарською комісією, мотивоване рішення якої заноситься до медичної карт хворого і скріплюється підписами всіх членів комісії.

Висновок з рекомендацією про припинення застосування примусового заходу медичного характеру дається лікарем-психіатром у разі одужання

хворого або такої зміни його психічного стану, за якої відпадає необхідність лікування в примусовому порядку.

Висновок з рекомендацією змінити примусовий захід медичного характеру дається комісією лікарям-психіатрам у разі такої зміни (або виявлення раніше наявних особливостей) психічного стану особи, за якої відпадає необхідність у застосуванні раніше призначеного заходу і виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру (ч. 1 ст. 95 КК України).

При вирішенні перед судом питання про зміну або скасування примусових заходів медичного характеру комісія лікарів-психіатрів може в разі потреби використовувати принцип «ступеневості», відповідно до якого повне скасування примусових заходів здійснюється після попередньої зміни суворішого на менш суворий захід. Головний лікар лікувального закладу, що здійснює примусове лікування, або його заступник зобов'язані звернутися до суду з поданням про продовження, зміну або припинення застосування примусових заходів медичного характеру не пізніше ніж у 10-денний строк з дня винесення комісією лікарів-психіатрів відповідного висновку [78, с. 18].

Так, 19 грудня 2012 р. Червоногвардійський районний суд м. Дніпропетровська розглянув у відкритому судовому засіданні в м. Дніпропетровську подання лікаря-психіатра психіатричної лікарні із суворим наглядом про зміну примусового заходу медичного характеру відносно С., 1972 р. н.

У поданні лікаря-психіатра, до якого додається висновок комісії лікарів-психіатрів в акті №2048 від 6 грудня 2012 року, ставиться питання про те, що хвора страждає помірно затяжним депресивним станом з психотичними симптомами. У результаті проведеного лікування, у хворої протягом 3-х років зберігається стабільний психічний стан, в даний час особливої небезпеки для себе та оточуючих хвора не становить, застосування примусових заходів медичного характеру в умовах психіатричної лікарні із суворим наглядом не

потребує, може бути переведена для подальшого застосування примусових заходів медичного характеру до психіатричної лікарні за місцем реєстрації, у відділення із звичайним наглядом [153].

На основі викладеного суд змінив примусові заходи медичного характеру і перевів її для подальшого примусового лікування до психіатричної лікарні за місцем реєстрації, у відділення із звичайним наглядом.

Хворий, щодо якого ухвалою суду припинено застосування примусових заходів медичного характеру, за наявності медичних показань може бути відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» залишений для продовження лікування на загальних підставах у тому самому чи іншому психіатричному стаціонарі (крім стаціонарів із звичайним і посиленням наглядом) або поставлений під спостереження психоневрологічного диспансеру (диспансерного відділення, кабінету).

Так, 10 вересня 2008 року Комінтернівський районний суд Одеської області розглянув подання Головного лікаря ОПЛ №2 про скасування примусових заходів медичного характеру відносно Б., 1988 року народження.

Обговоривши подання, заслухавши учасників процесу і перевіrivши матеріали справи, суд постановив, що воно підлягає задоволенню, оскільки стан хворого покращився, і він в даний час за своїм психічним станом не становить підвищеної суспільної небезпеки для суспільства, примусового лікування в умовах психіатричної лікарні не потребує. На основі викладеного суд задовольнив подання Головного лікаря ОПЛ №2. Стосовно Б. скасував примусові заходи медичного характеру з переведенням на лікування на загальних підставах з подальшою випискою [92].

Відповідно до кримінально-процесуального законодавства клопотати про припинення або зміну примусового заходу медичного характеру можуть перед судом представник медичного закладу (лікар-психіатр), де знаходиться дана особа (ч. 3 ст. 514 КПК України) [131]. Суд у таких випадках запрошує лікувальний заклад, який дає мотивований висновок про стан здоров'я особи,

яка перебуває на примусовому лікуванні. Виконання ухвали суду про зміну примусових заходів медичного характеру, що вимагає переведення хворого з однієї установи до іншої, здійснюється в порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України.

Лікувальна установа, в якій особа перебувала на примусовому лікуванні, сповіщає про виписку хворого його родичів або законного представника та орган внутрішніх справ за місцем проживання. Особи, які виписуються після примусових заходів медичного характеру в стаціонарі, направляються до місця проживання залежно від психічного та соматичного стану в супроводі родичів, законних представників, медичних працівників лікувального закладу, що здійснює примусове лікування, або самотійно [96].

Розгляд процедури оформлення продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру свідчить про відсутність механізму повного і доцільного обґрунтування факту продовження, зміни або припинення примусових заходів медичного характеру.

Якщо проаналізувати зміст частини першої ст. 95 КК України, то виявляється, що для продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру достатньо однієї формальної ознаки – медичного критерію. Потрібно, щоб була підстава – заява представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), підкріплена висновком комісії лікарів-психіатрів (які, зазвичай, завжди підтримують свого колегу), і як виявляється, за Кримінальним кодексом цього достатньо суду для прийняття остаточного рішення. А як бути з тим фактом, що психічно хвора особа вчинила суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб (високий ступінь суспільної небезпеки особи), або вчинила суспільно небезпечне діяння, що представляє особливу небезпеку для суспільства? Чому ця важлива обставина, цей юридичний критерій в законі залишилася поза увагою і взагалі про нього не згадується?

Складається ситуація, коли при застосуванні примусових заходів медичного характеру юридичний критерій (суспільна небезпека діяння) враховується (якщо бути точним, то не у всіх випадках), а при вирішенні питання про продовження, зміну або припинення застосування примусових заходів медичного характеру про цей критерій забули, і в кримінальному законі він взагалі не згадується, а головне, основна увага звертається на те, щоб була думка представника лікувальної установи, підкріплена думкою його ж колег. У такому випадку, про яке ж законне, обґрунтоване і справедливе рішення суду може йти мова? Яким чином будуть в подібних випадках захищені права і законні інтереси психічно хворого, безпека суспільства, і, насамперед, оточуючих цього психічно хворого?

У частині третій ст. 95 КК України зазначається про те, що необхідно робити при припиненні застосування цих заходів: «При припиненні застосування примусових заходів медичного характеру внаслідок поліпшення психічного стану особи, суд може передати її на піклування родичам або опікунам при обов'язковому лікарському нагляді».

Виходить, що йдеться не про повне одужання психічно хворого, а тільки про поліпшення психічного стану особи, і тому виникає необхідність у передачі її на піклування родичам або опікунам при обов'язковому продовженні лікарського нагляду.

Знову слід повернутися до питання про те, яким же чином враховується юридичний критерій (небезпека для суспільства) психічно хворої особи. Можна цілком обґрунтовано припустити, що, якщо дана особа повністю не видужала і все-таки продовжує залишатися психічно хворою, вона передається на піклування родичам або опікунам, і одночасно продовжує здійснюватися лікарський нагляд, то подібний її стан не позбавляє її небезпеки для суспільства, якщо вона не звільнилася повністю від психічного захворювання, її психічний стан тільки покращився, але не більше. Тому можна припустити, що особа продовжує залишатися небезпечною для суспільства.

Одночасно з оцінкою захворювання в цілому, необхідно пам'ятати, що поведінка психічно хворого нерідко визначається не тільки особливостями перебігу хвороби, а й умовами його існування після виписки з лікарні. Згідно зі спостереженнями, проведеними в спеціальній психіатричній лікарні, групи психічних хворих, які перебували на примусовому лікуванні тривалий час, в середньому від 2 до 7 років, отримані наступні дані. У результаті лікувальних заходів у них протягом тривалого часу (близько 2 років, іноді і більше) відсутня психотична симптоматика, наявні лише не різко виражені ознаки шизофренічного дефекту у вигляді емоційно-вольового зниження, порушення мислення, зміни особистості у вигляді недоумства, які суттєво не відображаються на поведінці хворих. Ці хворі спокійні, відрізняються впорядкованою поведінкою, зайняті трудовим процесом [108, с. 153]. Через це, здавалося б, за своїм психічним станом вони не потребують лікування в умовах психіатричної лікарні, але аналіз анамнестичних даних і правопорушень цих хворих змушує замислитися над вирішенням питання про їх виписку, так як багато з них вчинили тяжкі повторні злочини, за які вони не можуть нести відповідальності в силу своєї психічної хвороби [108, с. 156]. Разом з тим їх правопорушення нерідко бувають обумовлені патологічною поведінкою, пов'язаною з особливостями перебігу та проявами хвороби.

Усі ці хворі після відповідного лікування, більш-менш тривалий час знаходяться в доброму психічному стані, отже, медичних показань для утримання їх у лікарні, здавалося б, немає. Однак для правильного вирішення цього практичного питання слід не обмежуватися тільки констатацією того, що вони небезпечні через вчинене правопорушення або повторних правопорушень. Ці факти слід проаналізувати глибше і перш за все пам'ятати про те, що надзвичайно небезпечні дії цих хворих не можна відривати від конкретних проявів хвороби, оскільки їх вчинення пов'язане з хворобою, а остання характеризується тривалістю перебігу, і не завжди можна передбачити її прояви в майбутньому [3, с. 75].

Отже, коли суд на основі висновку лікарів-психіатрів вирішує питання про припинення примусового лікування хворих з хронічним психічним захворюванням, не можна не враховувати оцінку правопорушення від оцінки перебігу хвороби в цілому [95, с. 34].

Правопорушення цих хворих представляють соціальну сторону хвороби, а зовсім не є якимись відірваними від психіатричних даних абстрактними соціальними показниками. Саме з такої точки зору слід розглядати ті труднощі, які представляють ці хворі для експертних комісій, що вирішують питання про припинення примусових заходів медичного характеру, і ті організаційні висновки, які напрошуються відносно цієї групи хворих [157, с. 101].

Видається доцільним при призначенні, продовженні, зміні та припиненні застосування примусових заходів медичного характеру враховувати наступні дві обставини: 1) характеристику суспільно небезпечного діяння (юридичний критерій) – небезпека для суспільства; 2) характер психічного захворювання особи (медичний критерій) – небезпека для життя і здоров'я конкретної особи. У статтях 93-95 КК України дані обставини не передбачені.

Характер і ступінь суспільної небезпеки вчиненого психічно хворою особою діяння за рішенням суду можуть визначати компетентні представники правоохоронного органу або сам суд, а характер психічного захворювання – визначатися висновком комісії лікарів-психіатрів.

На нашу думку, тільки за таких обставин суд може винести правильне, законне, обґрунтоване і справедливе рішення про застосування або не застосування до даної особи примусових заходів медичного характеру. Ось один із прикладів:

Апеляційний суд Одеської області 11.02.2007 року розглянув матеріали кримінальної справи про застосування примусових заходів медичного характеру відносно Л., у зв'язку з вчиненням нею суспільно небезпечного діяння, що підпадає під ознаки злочину, передбаченого ч. 2 ст. 15, ч. 2 ст. 115 КК України.

Згідно з висновками комплексної психолого-психіатричної стаціонарної експертизи №58 від 20.02.2007 р., проведеної за ухвалою суду, Л. протягом усього життя і в даний час виявляла і виявляє акцентуацію особистісних рис, а з лютого 2006 р. у неї розвинувся тимчасовий хворобливий розлад психічної діяльності, у зв'язку з чим на період інкримінованого їй діяння вона виявляла ознаки важкого депресивного епізоду з психотичними симптомами у акцентуованої особистості і за своїм психічним станом не могла усвідомлювати свої дії та керувати ними. До теперішнього часу у Л. тимчасовий хворобливий розлад психічної діяльності / реактивна депресія не припинився, за своїм психічним станом вона не може усвідомлювати свої дії та керувати ними, у зв'язку з чим потребує застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом.

Згідно з висновком №312 судово-медичної експертизи від 12.08.2006 р. у малолітньої А. виявлено отруєння медичними препаратами, яке ускладнилося комою, чим викликало небезпечні для життя явища, у зв'язку з чим може бути прирівняне до тяжких тілесних ушкоджень за критерієм небезпеки для життя. Виходячи з викладеного, суд застосував щодо Л. примусові заходи медичного характеру у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом.

На цьому прикладі можна побачити, що комісія лікарів-експертів, які роблять висновок про необхідність госпіталізації особи до психіатричного закладу із звичайним наглядом, керується тільки медичними даними (медичний критерій), при цьому не враховує особливу небезпеку вчиненого діяння, що виразилася в посяганні на життя іншої особи, в даному випадку малолітньої дитини.

Виходячи з вищевикладеного, доцільно внести зміни до частини першої ст. 95 КК України і викласти в такій редакції: «Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за

поданням правоохоронного органу, а також за висновком комісії лікарів-психіатрів, що обґрунтовують необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру».

3.3. Відмінності примусових заходів медичного характеру від примусового лікування

У практиці та теорії кримінального права дискусійними залишаються питання щодо примусового лікування. На нашу думку, законодавець недостатньо приділив уваги їх регулюванню та розмежуванню таких понять, як примусові заходи медичного характеру та примусове лікування. В законі не розкривається повною мірою мета, підстави та порядок застосування примусового лікування.

Аналізу проблем, пов'язаних із застосуванням примусових заходів медичного характеру та примусового лікування у кримінально-правовому аспекті, присвячена незначна кількість наукових праць як українських, так і зарубіжних науковців. Частина з них стосуються загальних теоретичних розробок, зокрема праці І.М. Горбачевої, І.В. Жук, О.В. Зайцева, М.М. Книги, А.А. Музики, В.С. Трахтерова та інших. Частина робіт стосується окремих питань кримінально-правового впливу наркозалежних та примусового лікування осіб, які страждають на алкоголізм і наркоманію.

Необхідно зазначити, що інститут примусового лікування (ст. 96 КК України) не є новелою кримінального законодавства 2001 р. Так, відповідно до ст. 14 КК 1960 р. суд незалежно від призначеного кримінального покарання міг направити на примусове лікування особу, засуджену за злочин, вчинений на ґрунті алкоголізму чи наркоманії. Примусове лікування провадилося залежно від виду покарання відповідно у місцях позбавлення волі або спеціальних медичних закладах. Отже, чинний Кримінальний кодекс України загалом «успадкував» від свого попередника норми про примусове лікування. Певною перевагою нової норми, на нашу думку, є те, що для застосування примусового

лікування суд не зобов'язаний встановлювати причинний зв'язок між вчиненим злочином та хворобою винного, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб [145].

У ст. 96 КК України зазначено, що таке лікування може бути застосоване тільки судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. Проаналізувавши зазначену статтю, а також виходячи зі змісту цілей примусових заходів медичного характеру, можна сформулювати мету даного заходу:

- по-перше, лікування завжди направлене на видужання особи або покращення її стану здоров'я. У цьому випадку йдеться про досягнення такого результату лікування особи, при якому вона перестає становити загрозу для здоров'я оточуючих;

- по-друге, як уже зазначалося, примусове лікування стосується не тільки інтересів хворого; воно, в першу чергу, направлене на недопущення розповсюдження небезпечної хвороби і зараження інших осіб, тобто має на меті попередження епідемії. Слід наголосити на тому, що пріоритетним завданням застосування даного заходу є забезпечення безпеки суспільства.

На відміну від примусових заходів медичного характеру, які застосовуються до неосудних, обмежено осудних та до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до встановлення вироку або під час відбування покарання, примусове лікування застосовується «до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб». Застосування такого примусового лікування є правом, а не обов'язком суду. Примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб (ч. 1 ст. 96 КК України).

Таким чином, метою примусового лікування є:

- забезпечення інфекційної безпеки суспільства;
- виліковування особи або покращення її стану здоров'я.

КК України не містить положень щодо строків застосування примусового лікування. На нашу думку, момент закінчення застосування даного заходу може бути визначений відповідно до досягнення викладеної мети.

У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах (ч. 2 ст. 96 КК України). Порядок застосування і виконання примусового лікування щодо засуджених до позбавлення волі осіб регламентується ст. 77 КВК України. Якщо під час відбування покарання в місцях позбавлення волі буде встановлено, що засуджений має хворобу, яка становить небезпеку для здоров'я інших осіб, та він відмовляється від лікування, адміністрація колонії вносить до суду подання про застосування до такої особи примусового лікування. Втеча зі спеціалізованого лікувального закладу, а також по дорозі до нього тягне відповідальність за ст. 394 КК України.

Не підлягають направленню на примусове лікування особи, які страждають на тяжкі психічні розлади або іншу тяжку хворобу, що перешкоджає перебуванню в таких закладах, інваліди I та II груп, вагітні жінки і матері, які мають немовлят, а також чоловіки віком понад 60 років і жінки віком понад 55 років. До таких осіб застосовується лікування в порядку, визначеному Міністерством охорони здоров'я України.

Зі змісту ст. 96 КК України випливає, що підставами застосування примусового лікування є наявність двох критеріїв – юридичного та медичного:

1) вчинення особою суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом;

2) наявність у такої особи хвороби, що є небезпечною для здоров'я інших осіб.

До умов застосування примусового лікування у порядку ст. 96 КК України належать:

- 1) необхідність медичного висновку про наявність у суб'єкта злочину хвороби, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб;
- 2) засудження такої особи до певного виду покарання.

Відсутність будь-якого з критеріїв, що належать до підстав й умов застосування примусового лікування, виключає можливість його застосування.

Саме друга підстава викликає дискусії у науковців. Які хвороби вважаються небезпечними, і чи відносяться до них хронічний алкоголізм та наркоманія? При дослідженні цієї проблеми спостерігається певна неузгодженість правових норм. Так, Кримінальний кодекс 1960 р. передбачав примусове лікування лише хворих на хронічний алкоголізм або наркоманію, які вчинили злочин на ґрунті зловживання алкоголем або наркотичними засобами. Чинне кримінальне законодавство не конкретизує категорії осіб, до яких може бути застосоване таке лікування, вживаючи узагальнене поняття «особи, які вчинили злочин і мають хворобу, небезпечну для здоров'я інших осіб». У наказі МОЗ України від 19 липня 1995 р., яким затверджено Перелік особливо небезпечних хворіб, не йдеться про хронічний алкоголізм та наркоманію. Водночас ст. 53 Основ законодавства України про охорону здоров'я зараховує хронічний алкоголізм та наркоманію разом з іншими психічними захворюваннями, туберкульозом, лепрою, СНІДом, карантинними інфекціями, венеричними захворюваннями до переліку соціально небезпечних хворіб, які потребують спеціальних методів лікування та профілактики. Така ситуація спонукає до пошуку шляхів і механізму реалізації вимог законодавства [82; 102].

Висновок судово-психіатричної експертизи про характер і тяжкість захворювання та вибір виду примусового лікування психічно хворому має для суду рекомендаційний характер, адже експертиза не зважає на тяжкість

учиненого діяння, що є компетенцією суду. Призначення примусових заходів медичного характеру можливе в разі встановлення судом сукупності умов:

1) доведено вчинення особою суспільно небезпечного діяння, що має ознаки конкретного злочину;

2) встановлено, що особа на момент його вчинення перебувала в стані неосудності чи обмеженої осудності, чи після вчинення злочину захворіла на психічну хворобу, яка виключає можливість призначення або виконання покарання;

3) особа перебуває в такому психічному стані, що становить небезпеку для себе чи інших осіб. Застосовуючи примусові заходи медичного характеру, суд не уповноважений визначати їх конкретний строк, бо сенс питання тут становить не термін лікування, а стан здоров'я особи [28, с. 96].

Не впливають на тривалість таких заходів характер і тяжкість вчиненого особою діяння. Єдине, що визначає тривалість примусових заходів медичного характеру – це особливості психічного стану особи та пов'язана з цим її небезпека для себе й інших осіб. Отож, можливі випадки, коли психічно хворий, який вчинив незначне за тяжкістю діяння, може довгий час перебувати на примусовому лікуванні, а до іншої особи це лікування може зовсім не застосовуватися, не зважаючи на вчинення тяжкого або особливо тяжкого злочину.

Також виникає питання, чи становить небезпеку захворювання особи алкоголізмом чи наркоманією для здоров'я інших осіб. С.С. Яценко вказує, що ці хвороби самі по собі не є небезпечними для оточуючих, і що в КК України розрізняються алкоголізм та наркоманія, з одного боку, та захворювання, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб, з іншого боку (п. 5 ч. 1 ст. 76) [61, с. 105]. Однак лікарі Г. Войтюк, Г. Зільберблат та ін. зазначають, що хронічний алкоголізм та наркоманія викликають у оточуючих осіб (у першу чергу, родичів) невротичні розлади різного рівня (аж до глибокої депресії) і так звану співзалежність [108, с. 93].

Окремі коментатори положень цієї статті при розкритті формулювання «хвороба, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб» посилаються або на відомчі правові акти Міністерства охорони здоров'я України (зокрема, Перелік особливо небезпечних інфекційних та паразитарних хворіб людини, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 1995 р. 297 №133) [102], або на Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [82, ст. 20]. Дехто з юристів лише перелічує захворювання без посилання на відповідні нормативно-правові акти.

Існують дві різні позиції щодо того, чи має на увазі законодавець алкоголізм і наркоманію, використовуючи формулювання «хвороба, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб» як одну з умов застосування примусового лікування [56, с. 92].

Чимало науковців і практиків переконані в тому, що положення ст. 96 КК України не можна застосовувати до осіб, які страждають на наркологічні захворювання [65, с. 224].

При цьому переважна більшість із них вважає, що до хворіб, котрі становлять небезпеку для здоров'я інших осіб, треба відносити соціально небезпечні захворювання – наприклад, СНІД, лепру, інфекційні та венеричні захворювання.

На думку інших юристів [69, с. 70] і лікарів-наркологів [113, с. 91], примусове лікування необхідно застосовувати до осіб, які страждають і на інші соціально небезпечні захворювання, зокрема, до алкоголіків і наркоманів, котрі вчинили злочин. Вперше цю позицію обґрунтував А.А. Музика [68, с. 87].

Крім того, в законі зазначено й інші випадки застосування до особи лікування. Так, згідно з п. 5 ч. 2 ст. 76 КК України, суд може зобов'язати особу, звільнену від покарання з випробуванням, пройти курс лікування від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становлять небезпеку для здоров'я інших осіб. Ухилення від такого лікування може потягти за собою правові наслідки у вигляді скасування

звільнення від покарання. Також, відповідно до ч. 4 ст. 309 КК України, особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконне виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту. В даних випадках йдеться про так зване обов'язкове та альтернативне лікування [75].

Слід також мати на увазі, що медичний висновок про необхідність примусового лікування алкоголіків і наркоманів видається спеціальними медичними комісіями, до складу яких обов'язково входять спеціалісти – лікар психіатр-нарколог (голова комісії), терапевт і невропатолог.

Медичний висновок має ґрунтуватися не лише на результатах клінічного обстеження хворого, а й на даних, поданих комісії для ознайомлення особою, яка проводить досудове слідство або судом. Такими даними можуть бути відомості, які містяться у матеріалах кримінального провадження і характеризують поведінку обвинуваченого за місцем проживання, роботи чи навчання. Особливу увагу необхідно звертати на факти доставлення особи до органів поліції, приймальників-розподільників у стані сп'яніння. Якщо особа раніше перебувала на лікуванні у психоневрологічному або наркологічному диспансері, органи досудового розслідування зобов'язані витребувати також витяги з історії хворого і надіслати їх комісії.

У медичному висновку про наркологічне захворювання мають бути сформульовані відповіді на такі запитання: чи є особа хронічним алкоголіком, або наркоманом чи токсикоманом; чи потребує вона примусового лікування; чи є протипоказання до такого лікування? Діагноз «хронічний алкоголізм» або «наркоманія» чи «токсикоманія» встановлюється тільки лікарем-наркологом. Медичним висновком про необхідність застосування до особи примусового лікування може бути акт судово-медичного обслідування, судово-психіатричної або наркологічної експертизи.

Наркоманія – це психічний розлад, зумовлений систематичним вживанням наркотичного засобу або психотропної речовини, який характеризується психічною та (або) фізичною залежністю від такого засобу або речовини.

Термін «наркоманія» має застосовуватись лише у тих випадках, коли йдеться про захворювання, що стало наслідком систематичного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин. За наявності ж хворобливої пристрасті до всіляких токсичних речовин промислового, побутового, медичного призначення (наприклад, ацетон, розчинники, отруйні та сильнодіючі лікарські засоби) має вживатись термін «токсикоманія».

Взагалі питання примусового лікування наркозалежних осіб є сьогодні в Україні надзвичайно актуальними. В нашій державі проблема наркобізнесу та наркозлочинності стає дедалі актуальнішою. У боротьбі з цим явищем примусове лікування засуджених наркоманів має стати одним із напрямів комплексної загальнодержавної системи заходів боротьби з наркоманією. Застосування до засуджених примусового лікування є важливим кримінально-правовим заходом запобігання злочинам, і насамперед – у сфері обігу наркотичних засобів. Але, на жаль, правових підстав для застосування даного інституту кримінального права в чинному законодавстві України не передбачено [68, с. 94].

Тому необхідно в даному аспекті, перш за все, внести відповідні зміни до кримінального та кримінально-виконавчого законодавства для вирішення питань правового регулювання примусового лікування наркозалежних осіб, які вчинили злочини.

По-друге, передбачити створення відповідних лікувальних установ виконання покарань, які будуть виконувати функції забезпечення як виправлення, так і медико-соціальної реабілітації засуджених, хворих на наркоманію. Лікувальні установи виконання покарань для засуджених

наркоманів мають вирішити двоєдине завдання: забезпечити примусове лікування наркозалежних засуджених, які мають триматися в них з метою лікування чи поліпшення психічного стану, та здійснити медико-соціальні реабілітаційні заходи з використанням комплексу медичних засобів, засобів соціально-виховного і трудового впливу, режимних і оперативно-профілактичних заходів; забезпечити виконання покарання у виді позбавлення волі з метою виправлення засуджених і запобігання вчиненню нових злочинів як засудженими, так і іншими особами (ч. 2 ст. 50 КК України) [38, с. 146].

Таким чином, примусове лікування – захід кримінально-правового примусу, що може бути застосований судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. У ст. 96 КК України вказуються особливості застосування примусового лікування до осіб, які вчинили злочин і мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб.

Примусове лікування відрізняється від примусових заходів медичного характеру:

- 1) хворобою, яка є небезпечною для здоров'я інших осіб;
- 2) можливістю застосування примусового лікування за місцем відбування покарання (примусові заходи медичного характеру тягнуть направлення особи, зазвичай, до спеціалізованих психіатричних закладів).

До хворіб, які становлять небезпеку для здоров'я інших людей, належать тяжкі інфекційні хвороби: проказа, холера, чума, туберкульоз легень у фазі розпаду тощо. Вказані хвороби мають різні форми перебігу, заразливості, тому в кожному конкретному випадку суд повинен приймати рішення про застосування примусового лікування на підставі висновку судово-медичної експертизи.

Місце проведення примусового лікування залежить від виду призначеного покарання. У разі покарання у виді позбавлення чи обмеження

волі примусове лікування проводять заклади медичної служби кримінально-виконавчих установ, за інших видів покарання – спеціальні лікувальні заклади.

Висвітлення і обговорення різних аспектів проблем примусових заходів медичного характеру та примусового лікування об'єктивно спрямовані на подальше удосконалення кримінального законодавства, зміцнення законності, охорону прав і свобод громадян у суспільстві, яке обрало правовий, демократичний шлях розвитку. Слід дійти висновку, що примусові заходи медичного характеру та примусове лікування – це заходи державного примусу, що не є покаранням, які застосовуються на підставі рішення суду до осіб, котрі вчинили суспільно небезпечне діяння та мають хворобу чи психічний розлад і тому становлять небезпеку для інших осіб, з метою їх виліковування або покращення стану здоров'я та забезпечення безпеки суспільства.

Висновки до розділу 3

Характеризуючи правове регулювання примусових заходів медичного характеру, необхідно зазначити наступне: чинний Кримінальний кодекс України 2001 р., в порівнянні з попереднім КК 1960 року, містить більш широкий перелік видів примусових заходів медичного характеру. Такими видами є: амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, госпіталізація до психіатричних установ із звичайним, посиленням і суворим наглядом (ст. 94 КК України).

За своїм змістом амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку передбачає обов'язковий диспансерний нагляд. Він встановлюється незалежно від згоди пацієнта або його близьких. Огляди можуть проводитися вдома, в психоневрологічному диспансері чи іншому медичному закладі, що надає психіатричну допомогу амбулаторно. Їх частота не регламентована і залежить від низки обставин, зокрема: психічного стану хворого, динаміки психічного розладу і потреб пацієнта в психіатричній допомозі. Диспансерний

нагляд включає психофармакологічне та інше лікування (наприклад, психотерапію), здійснення соціально-реабілітаційних заходів. Вирішуючи питання про призначення амбулаторного примусового нагляду, суд повинен виходити з того, що цей вид примусових заходів медичного характеру призначається у випадках, коли особа не потребує спеціальних умов для лікування, постійного нагляду та утримання в стаціонарних умовах, не становить небезпеку для себе і оточуючих.

Виділення законодавцем трьох видів психіатричного стаціонару обумовлено тим, що у хворих є різний ступінь вираженості потенційної небезпеки, яка і береться за основу при призначенні їм конкретного виду стаціонару. У психіатричному стаціонарі із звичайним наглядом проводиться лікування осіб, які за своїм психічним станом потребують стаціонарного лікування, але не вимагають посиленого нагляду. Стан хворого в цьому випадку допускає можливість його утримання без спеціальних заходів безпеки, в умовах вільного стаціонарного режиму, властивого сучасним психіатричним лікувальним установам.

Психіатричний стаціонар з посиленням наглядом призначений для осіб, які за своїм психічним станом вимагають постійного спостереження. Необхідність подібного спостереження обумовлюється двома факторами: суспільною небезпекою хворого і його схильністю до вчинення повторних суспільно небезпечних діянь. Такий постійний нагляд забезпечується медичним персоналом, а також організацією зовнішньої охорони стаціонару.

Примусове лікування в психіатричному стаціонарі з суворим наглядом може бути призначено особі, яка за своїм психічним станом становить особливу суспільну небезпеку для себе та інших осіб і вимагає постійного і суворого нагляду. Особливо небезпечним визнається хворий, що страждає важким психічним розладом, який вчинив суспільно небезпечне діяння, а також особа, яка систематично вчиняє суспільно небезпечні діяння, незважаючи на

застосовування до неї в минулому примусових заходів медичного характеру. Ці хворі характеризуються стійкими або часто рецидивуючими хворобливими станами, агресивною поведінкою, маренням переслідування, схильністю до злісних і афектних спалахів, до повторного вчинення суспільно небезпечного діяння [157, с. 103]. Тому в стаціонарах з суворим наглядом особлива увага приділяється створенню безпечних умов утримання хворих. Тут повинні функціонувати спеціальні відділи охорони, оснащені відповідними засобами контролю та сигналізації. Через сучасну соціально-економічну ситуацію в країні, ці вимоги не завжди дотримуються, що не дозволяє повною мірою здійснювати поставлені перед даними установами завданнями.

Призначаючи примусові заходи медичного характеру суд не встановлює їх термінів, так як вони залежать від багатьох обставин і мають продовжуватися до тих пір, коли хворий перестає становити небезпеку для оточуючих. Суд вказує лише вид примусових заходів медичного характеру. Продовження, зміна і припинення примусових заходів медичного характеру також проводиться судом. Таке рішення ним приймається за поданням адміністрації лікувального закладу, що здійснює примусове лікування, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів. Згідно із законодавством про охорону здоров'я, перші півроку даним оглядам він піддається щомісяця. Відповідно ж до кримінального закону особа, якій призначено примусовий захід медичного характеру, підлягає огляду не рідше одного разу на шість місяців.. Перший раз лікування може бути продовжено після закінчення шести місяців з моменту його початку, а в подальшому – щорічно. Якщо комісія лікарів-психіатрів доходить висновку про необхідність припинення примусового лікування або зміни його виду, то висновок комісії адміністрацією медичного закладу надсилається до суду. Тільки за рішенням суду хворий може бути виписаний зі стаціонару або переведений до іншого його типу. За відсутності підстав для зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру

адміністрація відповідного медичного закладу надає до суду висновок про продовження примусових заходів медичного характеру. Зміна лікування обумовлена тим, що зникає необхідність у застосуванні раніше призначеного заходу, але виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру. Припинення примусових заходів медичного характеру можливе в разі такої зміни психічного стану особи, за якого зникає необхідність у застосуванні призначеного заходу. При припиненні примусових заходів медичного характеру в психіатричному стаціонарі судом можуть бути передані органам охорони здоров'я необхідні матеріали щодо хворого для його подальшого лікування в психоневрологічній установі соціального забезпечення у порядку, передбаченому законодавством про охорону здоров'я України. У разі лікування особи, у якої психічний розлад настав після вчинення злочину, при призначенні покарання або поновленні його виконання, час, упродовж якого до особи застосовувалися примусові заходи медичного характеру в психіатричному стаціонарі, зараховується до строку покарання з розрахунку один день перебування в стаціонарі за один день позбавлення волі.

Щодо осіб, які страждають психічним розладом, що не виключає осудності, законом передбачений тільки один вид примусових заходів медичного характеру – надання амбулаторної психіатричної допомоги і лікування у психіатра. Такий вид примусових заходів медичного характеру залежить від виду покарання. При зміні психічного стану засудженого, що вимагає стаціонарного лікування, його поміщення в психіатричний стаціонар або інший лікувальний заклад, здійснюється в порядку і на підставі, передбачених законодавством про охорону здоров'я України. Таке лікування здійснюється відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу». Засуджені до позбавлення волі поміщаються в подібних випадках у психіатричні стаціонари, наявні в системі МВС України. Перебіг строку покарання при цьому не переривається. Госпіталізація осіб, засуджених до

покарань, не пов'язаних з арештом, обмеженням або позбавленням волі, проводиться в психіатричних стаціонарах органів охорони здоров'я. Час перебування в них також зараховується до строку відбування покарання. Виписка із зазначених установ здійснюється, коли немає необхідності подальшого лікування засудженого не за рішенням суду, а в порядку, передбаченому законодавством про охорону здоров'я. Зміна та продовження даного примусового заходу судом, на відміну від інших заходів медичного характеру, Кримінальним кодексом не передбачені. Припинення застосування примусового заходу медичного характеру, поєднаного з виконанням покарання, провадиться судом за поданням органу, що виконує покарання, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.

При призначенні, продовженні, зміні та припиненні примусових заходів медичного характеру доцільно враховувати наступні дві обставини: 1) характеристику суспільно небезпечного діяння (юридичний критерій) – небезпека для суспільства; 2) характер психічного захворювання особи (медичний критерій) – небезпека для життя і здоров'я конкретної особи. У статтях 93-95 КК України дані обставини не передбачені. Втім, тільки за таких обставин суд може винести правильне, законне, обґрунтоване і справедливе рішення про застосування або не застосування до даної особи примусових заходів медичного характеру.

Характер і ступінь суспільної небезпеки вчиненого психічно хворою особою діяння за рішенням суду можуть визначати компетентні представники правоохоронного органу або сам суд, а характер психічного захворювання – комісія лікарів-психіатрів.

Виходячи з вищезазначеного, доцільно внести зміни до частини першої ст. 95 КК України і викласти в такій редакції: «Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за поданням правоохоронного органу, а також за висновком комісії лікарів-

психіатрів, що обґрунтовують необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру».

Інститут примусового лікування не є новелою Кримінального кодексу України 2001 р. Зі змісту ст. 96 КК України випливає, що підставами застосування примусового лікування є наявність двох критеріїв – юридичного та медичного:

- 1) вчинення особою суспільно небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законом;
- 2) наявність у такої особи хвороби, що є небезпечною для здоров'я інших осіб.

Відсутність будь-якого з критеріїв, що є підставами застосування примусового лікування, виключає можливість його застосування.

На відміну від примусових заходів медичного характеру, які застосовуються до неосудних, обмежено осудних та до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання, примусове лікування застосовується «до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб». Застосування такого примусового лікування є правом, а не обов'язком суду. Примусове лікування може бути застосоване судом, не залежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб (ч. 1 ст. 96 КК України).

Таким чином, метою примусового лікування є:

- забезпечення інфекційної безпеки суспільства;
- виліковування особи або покращення її стану здоров'я.

Друга підстава викликає дискусії у науковців. Питання виникають щодо переліку небезпечних хворіб та включення до нього хронічного алкоголізму та наркоманії. У наказі МОЗ України від 19 липня 1995 р., яким затверджено

Перелік особливо небезпечних хворіб, не йдеться про хронічний алкоголізм та наркоманію. Водночас ст. 53 Основ законодавства України про охорону здоров'я зараховує хронічний алкоголізм та наркоманію разом з іншими психічними захворюваннями, туберкульозом, лепрою, СНІДом, карантинними інфекціями, венеричними захворюваннями до переліку соціально небезпечних хворіб, які потребують спеціальних методів лікування та профілактики. Така ситуація спонукає до пошуку шляхів і механізму реалізації вимог законодавства.

Необхідним є внесення відповідних змін до кримінального та кримінально-виконавчого законодавства для вирішення питань правового регулювання примусового лікування наркозалежних осіб, які вчинили злочини, створення відповідних лікувальних установ виконання покарань, що будуть виконувати функції забезпечення як виправлення, так і медико-соціальної реабілітації засуджених, хворих на наркоманію. Лікувальні установи виконання покарань для засуджених наркоманів мають вирішувати двоєдине завдання: забезпечити примусове лікування наркозалежних засуджених, які мають триматися в них з метою лікування чи поліпшення психічного стану, та здійснити медико-соціальні реабілітаційні заходи з використанням комплексу медичних засобів, засобів соціально-виховного і трудового впливу, режимних і оперативно-профілактичних заходів; забезпечити виконання покарання у виді позбавлення волі з метою виправлення засуджених і запобігання вчиненню нових злочинів як засудженими, так і іншими особами.

ВИСНОВКИ

У Висновках викладаються найбільш важливі наукові та практичні результати дисертаційного дослідження, формулюються пропозиції про вдосконалення кримінального законодавства щодо застосування примусових заходів медичного характеру.

1. В теорії кримінального права питання, пов'язані із застосуванням примусових заходів медичного характеру, вважаються найбільш складними, оскільки їх вирішення потребує комплексного підходу і пов'язується з юридичною та медичною галузями знань. Розслідування кримінальних проваджень даної категорії становить значну складність, оскільки це, як правило потребують виконання певного обсягу слідчих дій, призначення та здійснення складних експертних досліджень. Разом з тим, інститут примусових заходів медичного характеру у кримінальному праві поки що не одержав всебічної розробки, а деякі його положення до цього часу викликають дискусії серед науковців і практичних працівників.

2. За своєю правовою природою примусові заходи медичного характеру є заходами безпеки, сутність яких полягає в примусовому лікуванні осіб, які вчинили суспільно-небезпечні діяння і становлять небезпеку за своїм психічним станом. Вони спрямовані на забезпечення безпеки психічно хворих осіб і захист суспільства від їх суспільно небезпечних діянь. З метою реалізації цих завдань держава повинна забезпечити безпеку кожного та суспільства в цілому від можливих небезпечних посягань таких осіб, не допустити вчинення особами з психічними відхиленнями злочинних суспільно небезпечних діянь.

3. Примусові заходи медичного характеру поєднують в собі юридичні та медичні критерії. Юридичний критерій полягає в тому, що підстави, види, порядок застосування і припинення зазначених заходів визначаються кримінальним законом (Розділ 14 КК України). Призначення цих заходів

регламентовано кримінальним законом та здійснюється судом. Подальші рішення з питань продовження, зміни та припинення примусових заходів медичного характеру також приймаються у судовому порядку. Медичний критерій зазначених заходів пов'язаний з їх сутністю та змістом. Рекомендації щодо їх застосування дає комісія лікарів-психіатрів або у встановлених законом випадках судово-психіатрична експертиза, включаючи висновки про діагноз хвороби, профілактику психічних розладів, а також про необхідні соціально-реабілітаційні заходи. Хоча юридичний критерій у примусових заходах медичного характеру переважає, вони за своєю суттю залишаються медичними та не переслідують цілей кримінального покарання. Призначення примусових заходів медичного характеру таким особам обумовлено виключно медичними показниками. Покарання ж виконується саме по собі. Однак, вид покарання, призначений з урахуванням тяжкості суспільно небезпечного діяння, може впливати і на місце проведення примусових заходів медичного характеру.

4. Статтею 92 КК України визнається мета примусових заходів медичного характеру обов'язкове лікування, а також попередження вчинення ними нових суспільно небезпечних діянь, передбачених статтями Особливої частини КК України. Видається необхідним виокремлення додаткових цілей примусових заходів медичного характеру, а саме: охорона особистості психічно хворих, яка полягає у недопущенні самогубства психічно хворого або заподіяння ним шкоди своєму здоров'ю, а також захист життя, здоров'я, честі та гідності психічно хворого від протиправних дій з боку третіх осіб; виправлення обмежено осудних осіб, яким примусові заходи медичного характеру призначені поряд з покаранням;

5. Елементами, які розкривають юридичну природу примусових заходів медичного характеру, варто вважати наступні: 1) застосовуються у зв'язку з вчиненням суспільно небезпечного діяння; 2) забезпечуються примусовою силою держави; 3) застосовуються в інтересах безпеки як суспільства, так і

хворого; 4) виконуються в спеціальних установах в умовах ізоляції від суспільства; 5) призначаються, змінюються та припиняються у судовому порядку; 6) застосування цих заходів регламентується на законодавчому рівні і не переслідує мету заподіяння фізичного страждання або приниження людської гідності.

6. Юридична природа примусових заходів медичного характеру полягає в тому, що, з одного боку, вони є одним із видів кримінально-правового примусу, що застосовується до тих хворих, які вчинили суспільно небезпечне діяння відповідно до кримінального законодавства, з іншого – відрізняються від зовні схожих адміністративно-примусових заходів, що застосовуються до психічно хворих осіб.

7. Особливу стурбованість у суспільства викликають особи, які вчинили суспільно небезпечні діяння і потребують медичного лікування. З метою покращення їх психічного стану, необхідності психіатричного лікування, а також запобігання вчиненню ними нових суспільно небезпечних діянь, до осіб, які вчинили у стані неосудності або у стані обмеженої осудності суспільно небезпечні діяння, а також до осіб, які вчинили такі діяння у стані осудності, але до постановлення вироку або під час відбування покарання захворіли на психічну хворобу, застосовуються примусові заходи медичного характеру.

8. Проведене дослідження дозволило констатувати, що правове регулювання примусових заходів медичного характеру в галузі кримінального права є суперечливим і непослідовним. Питання, пов'язані із застосуванням примусових заходів медичного характеру, вимагають пильної уваги законодавця, коригування та узгодженості норм кримінального, кримінально-виконавчого та кримінально-процесуального законодавства.

9. З метою удосконалення діяльності правоохоронних органів та медичних установ щодо застосування примусових заходів медичного характеру необхідним є внесення змін та доповнень до статей 76, 92 та 95 КК України,

Частину другу ст. 76 КК України запропоновано доповнити пунктом 7 наступного змісту: «7) відстрочити виконання покарання відносно осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння, але захворіли психічним розладом після вчинення злочину до вилікування психічного захворювання або покращення психічного стану»

Статтю 92 КК України слід доповнити частиною другою наступного змісту: «2. Підставою застосування примусових заходів медичного характеру є суспільно небезпечне діяння, що вчинене особою, яка має психічне захворювання та потребує медичної допомоги, якщо вона завдає або має намір завдати шкоди собі, оточуючим або охоронюваним законом правам та інтересам особи або держави, а також коли існує реальна можливість заподіяння такої шкоди цією особою».

Необхідно уточнити частину першу ст. 95 КК України та викласти її в наступній редакції: «1. Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за поданням правоохоронного органу, а також за висновком комісії лікарів-психіатрів про необхідність продовження, зміни або припинення застосування примусових заходів медичного характеру».

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авербух И.Е. К вопросу о вменяемости психически неполноценных лиц /И.Е. Авербух, Е.А. Голубова //Вопросы экспертизы в работе защитника: сб. ст. /под ред. И.Ф. Крылова – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1970. – С. 92-100.
2. Аменицкий Д.А. К вопросам о принудительном лечении и о социально опасных душевнобольных и психопатов /Д.А. Аменицкий //Душевнобольные правонарушители и принудительное лечение /под ред. и с предисл. П.Б. Ганнушкина – М.: Изд-во НКВД, 1929. – С. 23-40.
3. Антонян Ю.М. Преступность и психические аномалии /Ю.М. Антонян, С.В. Бородин. – М.: Наука, 1987. – 208 с.
4. Артеменко Н.В. Актуальные проблемы вменяемости (невменяемости) и возраста уголовной ответственности: Сравнительный историко-правовой анализ уголовного законодательства РФ и Франции: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 /Артеменко Наталья Викторовна. – Ростов-на-Дону, 1999. – 205 с.
5. Багрий-Шахматов Л.В. Уголовная ответственность и наказание /Л.В. Багрий-Шахматов. – Минск: Вышэйш. шк., 1976. – 384 с.
6. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) /Л.М. Балабанова. – Донецк: Сталкер, 1998. – 427 с.
7. Банщиков В.М. Медицинская психология: [учебник для мед. ин-тов] /В.М. Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков. – М.: Медицина, 1967. – 239 с.
8. Банщиков В.М. Психиатрия: учебник /В.М. Банщиков, Т.А. Невзорова. – М.: Медицина, 1969. – 344 с.
9. Беляев В.Г. Уголовное право и невменяемость /В.Г. Беляев //Вопросы профилактики общественно опасных действий, совершаемых психически больными. – Волгоград: Изд-во Волгогр. мед. ин-та, 1981. – С. 14-15.

10. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных: [пер. с англ.] /Эрик Берн. – Симферополь, 1998. – 496 с.
11. Берш А.Я. Виды принудительных мер медицинского характера /А.Я. Берш //Митна справа. – 2013. – №5. – С. 99-105.
12. Берш А.Я. Назначение, изменение и прекращение принудительных мер медицинского характера /А.Я. Берш //Митна справа. – 2013. – №3. – С. 288-294.
13. Берш А.Я. Невменяемость в уголовном праве /А.Я. Берш //Закон и жизнь. – 2013 – №10/2 (262). – С. 18-20.
14. Берш А.Я. Правовая природа принудительных мер медицинского характера /А.Я. Берш //Юридичний вісник. – 2012. – №3. – С. 142-147.
15. Берш А.Я. Применение принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости, но заболевшим психической болезнью до постановления приговора или во время отбывания наказания /А.Я. Берш //Науковий вісник Ужгородського Національного університету. Серія Право. – Ужгород, 2013. – Вип. 22, ч. 2. – С. 15-19.
16. Берш А.Я. Применение принудительных мер медицинского характера к ограниченно вменяемым, совершившим преступления /А.Я. Берш //Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. праць /МОН України, Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». Одеса, 2016. – Вип. 69. – С. 255-261.
17. Боброва И.Н. Об уменьшенной (ограниченной) вменяемости /И.Н. Боброва, Н.С. Шишков //Вопросы теории и организации судебно–психиатрической экспертизы: сб. науч. тр. /под. ред. Г.В. Морозова. – М., 1988. – С. 152-160.
18. Богомятков Ю.С. К вопросу об ограниченной вменяемости в теории советского уголовного права /Ю.С. Богомятков //Эффект борьбы с преступностью и совершенствование законодательства в свете Конституции СССР: межвуз. науч. сб. – Уфа: Изд-во Башк. ун-та, 1980. – С. 3-11.

19. Богомягков Ю.С. Уголовно–правовая невменяемость: критерии и признаки /Ю.С. Богомягков //Советское государство и право. – 1989. – №4.– С. 103–108.
20. Бурдін В.М. Осудність та неосудність (кримінально–правове дослідження): монографія /В.М. Бурдін; Львів. нац. ун-т ім. І. Франка. – Л.: [ЛНУ ім. І. Франка], 2010. – 780 с.
21. Введенский И.Н. Принудительное лечение душевнобольных психопатов. (Принцип, границы и формы принудительного лечения) /И.Н. Введенский //Душевнобольные правонарушители и принудительное лечение /под ред. и с предисл. П.Б. Ганнушкина – М.: Изд-во НКВД, 1929. – С. 7-22.
22. Ветров Н.И. Уголовное право. Общая часть: [учебник для вузов] /Н.И. Ветров. – 2–е изд. перераб. и доп. – М.: Закон и право, 2002. – 399 с.
23. Галиакбаров Р.Р. Уголовное право Российской Федерации. Общая часть: конспекты лекций и иные материалы /Р.Р. Галиакбаров. – Краснодар: Изд-во Кубан. гос. аграрн. ун-та, 1999. – 280 с.
24. Глушков В.А. Применение мер медицинского характера в отношении алкоголиков, совершивших преступления /В.А. Глушков, А.Я. Светлов //Пьянство и преступность: история, проблемы. – К., 1989. – С. 280-292.
25. Голоднюк М.Н. Развитие российского законодательства о принудительных мерах медицинского характера /М.Н. Голоднюк //Вестник Московского университета. Серия 11: Право. – 1998. – №5 – С. 38-39.
26. Дагель П.С. Учение о личности преступника в советском уголовном праве: учеб. пособие /П.С. Дагель. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 1970. – 132 с.
27. Дмитриев А.С. Судебная психиатрия: учеб. пособие для юрид. вузов /А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко; Ассоц. работников правоохранительных органов РФ. – М.: [Б.и.], 1996. – 128 с.

28. Жариков Н.М. Судебная психиатрия: словарь-справочник /Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Христинин. – М.: НОРМА, 2000. – 238 с.
29. Жук І.В. Примусові заходи медичного характеру та примусове лікування у кримінальному праві України: дис. ... канд.. юрид. наук: 12.00.08 /Жук Ілона Всилівна. – Київ, 2009. – 293 с.
30. Закалюк А.П. Допреступное поведение и механизм совершения преступления при нарушениях психики пограничного характера /А.П. Закалюк, А.И. Коротенко, Л.Н. Москалюк //Проблемы изучения личности правонарушителя: сб. науч. трудов. – М.: ВНИИ МВФ СССР, 1984. – С. 143-156.
31. Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги: Резолюція Генеральної асамблеї ООН від 18 лютого 1992 р. //Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К.: Сфера, 1999. – С. 211-216.
32. Иванов Н.Г. Аномальный субъект преступления: проблемы уголовной ответственности: учеб. пособие /Н.Г. Иванов. – М.: Закон и право, ЮНИТИ, 1998. – 224 с.
33. Иванов Н.Г. Ограниченная вменяемость /Н.Г. Иванов, И.И. Брыка //Российская юстиция. – 1998. – №10. – С. 9-10.
34. Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий психически больных: Приказ Министерства здравоохранения СССР и Министерства внутренних дел СССР №93 от 05 мая 1988 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru>.
35. Исаев М.М. Уголовный кодекс 1.06.1922г. /М.М. Исаев //Советское право. – 1922. – №2. – С. 26-29.
36. Калашник Я.М. Судебная психиатрия: учебник /Я.М. Калашник. – М.: Госюриздат, 1961. – 383 с.
37. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости /В.Х. Кандинский. – СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890. – 240 с.

38. Кирюшкин М.В. Социальный механизм функционирования уголовного наказания /М.В. Кирюшкин //Известия высших учебных заведений. Правоведение. – 2001. – №1. – С. 144-157.

39. Книга М.М. Кримінально–правові проблеми визначення підстав призначення примусових заходів медичного характеру /М.М. Книга //Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ: зб. наук. праць. – Д., 2006. – №13 (29). – С. 236-244.

40. Козырев В.Н. О путях совершенствования психиатрической помощи /В.Н. Козырев, А.Л. Шмилович [и др.] //Неотложные состояния в психиатрии: сб. науч. трудов /под ред. Г.В. Морозова; ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского. – М., 1989. – С. 20-25.

41. Конституція України від 28 червня 1996 року №254к/96-ВР //Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – Ст. 141.

42. Котов В.П. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики /В.П. Котов, М.М. Мальцева //Российский психиатрический журнал. – 2006. – №2. – С. 10-5.

43. Коченов М.М. Теоретические основы судебно–психологической экспертизы: автореф. дис. ... доктора психол. наук: спец. 19.00.06 «Юридическая психология» /М.М. Коченов. – М., 1991. – 45 с.

44. Кримінальне право України. Загальна частина: підручник для вузів /відп. ред. Є.Л. Стрельцов. – 5-те вид. – Х.: Одіссей, 2010. – 328 с.

45. Кримінальний кодекс України: наук.-практ. коментар станом на 1 квітня 2013 р. /відп. ред. Є.Л. Стрельцов. – 9-те вид., перероб. та допов. – Х.: Одіссей, 2013. – 912 с.

46. Кримінальний кодекс України: станом на 20 квітня 2016 р.: офіц. текст. – Харків: Право, 2016. – 265 с.

47. Кримінальний кодекс УРСР: в ред. 1927 р., зі змін. до 1 червня 1928 р. – 4-те вид. офіц. – Х.: Юрид. вид-во, 1928. – 112 с.

48. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13 квітня 2012 р. №4651-VI //Відомості Верховної Ради України. – 2013. – №9-10, №11-12, №13. – Ст. 88.
49. Крылова Н.Е. Уголовное право зарубежных стран (Англии, США, Франции, Германии): учеб. пособие. /Н.Е. Крылова, А.В. Серебренникова. – Изд. 2–е, перераб. и доп. – М.: Зерцало, 1998. – 208 с.
50. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого–психиатрическая экспертиза. (Научно–практическое руководство) /И.А. Кудрявцев. – М.: Изд–во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.
51. Кузнецова Н.Ф. Преступность и нервно-психическая заболеваемость /Н.Ф. Кузнецова. – М., 1985. – 20 с.
52. Курс кримінально-виконавчого права України. Загальна та Особлива частини: навч. посіб. /О.М. Джужа, В.О. Корчинський, С.Я. Фаренюк, В.Б. Василець; за заг. ред. О.М. Джужи. – К.: Юрінком Інтер, 2000. – 302 с.
53. Курс советского уголовного права. Часть общая. Т. 1 /отв. ред. Н.А. Беляев, М.Д. Шаргородский. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1968. – 648 с.
54. Лень В.В. З історичного аспекту розвитку законодавства про примусові заходи медичного характеру періоду Х – початку ХХ століття /В.В. Лень //Вісник Запорізького юридичного інституту. – 2002. – №2. – С. 260-265.
55. Лень В.В. Науково-практичний коментар статей IV, XIV розділів Загальної частини Кримінального кодексу України /В.В. Лень. – Запоріжжя: Дніпров. металург, 2010. – 40 с.
56. Ліненко М.О. Питання організації примусового лікування наркозалежних осіб, що вчинили злочини /М.О. Ліненко, І.І. Митрофанов //Юридична Україна. – 2006. – №5. – С. 90-94.
57. Лунц Д.Р. Проблемы невменяемости в теории и практике судебной психиатрии /Д.Р. Лунц. – М.: Медицина, 1966. – 236 с.

58. Матишевський П.С. Кримінальне право України. Загальна частина: підручник для студ. юрид. вищ. навч. закладів і ф-тів /П.С. Матишевський. – К.: А.С.К., 2001. – 347 с.

59. Мелик-Мкртычян В.А. К вопросу о так называемой «уменьшенной» вменяемости применительно к лицам с травматическими психопатоподобными состояниями /В.А. Мелик-Мкртычян //Актуальные вопросы социальной и клинической психиатрии. – Душанбе, 1969. – Т. 2. – С. 59-65.

60. Мирошниченко Н.А. Проблема обмеженої осудності: навч. посіб. /Н.А. Мирошниченко, Н.А. Орловська; ОНЮА. – О.: Юрид. л-ра, 2001. – 70 с.

61. Митрофанов І.І. Поняття та складові механізму реалізації кримінальної відповідальності /І.І. Митрофанов //Юридична Україна. – 2009. – №7. – С. 102-107.

62. Михайлов К.В. Освобождение от наказания в связи с болезнью с назначением принудительных мер медицинского характера /К.В. Михайлов //Уголовное право и судебная психиатрия: межвуз. сб. науч. трудов. – Архангельск, 2003. – С. 56-63.

63. Михеев Р.И. Значение психических аномалий для совершенствования уголовно–правовых мер борьбы с преступностью /Р.И. Михеев, А.В. Михеева //Проблемы правового регулирования борьбы с преступностью /отв. ред. П.С. Дагель, Р.И. Михеев; отв. за вып. В.В. Яровенко. – Владивосток, 1977. – С. 48-61.

64. Михеев Р.И. Проблемы вменяемости, вины и уголовной ответственности (Теория и практика): автореф. дис. ... доктора юрид. наук: 12.00.08 «Уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право» /Р.И. Михеев. – М., 1995. – 70 с.

65. Михеев Р.И. Проблемы вменяемости и невменяемости в советском уголовном праве /Р.И. Михеев. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 1983. – 300 с.

66. Мищенко Е.В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве /Е.В. Мищенко. – М.: Юрлитинформ, 2010. – 144 с.
67. Морозов Г.В. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии /Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц, Н.И. Фелинская. – М., 1976. – 336 с.
68. Музика А.А. Примусові заходи медичного характеру /А.А. Музика. – К.: Нац. акад. внутр. справ України, 1997. – 125 с.
69. Навроцький В.О. Наступність кримінального законодавства України: порівняльний аналіз КК України 1960 р. та 2001 р. /В.О. Навроцький; Львів. нац. ун-т ім. І. Франка. – К.: Атіка, 2001. – 272 с.
70. Назаренко Г.В. Невменяемость в уголовном праве: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 /Назаренко Геннадий Васильевич. – Орел, 1992. – 178 с.
71. Назаренко Г.В. Основы регулятивного воздействия на социально опасных лиц: монография /Г.В. Назаренко. – Орел: Изд-во ОРАГС, 2007. – 147 с.
72. Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера: учеб. пособие /Г.В. Назаренко. – М.: Дело, 2003. – 176 с.
73. Назаренко Г.В. Уголовно–релевантные психические состояния лиц, совершивших преступления и общественно опасные деяния: монография /Г.В. Назаренко. – М.: Ось-89, 2001. – 240 с.
74. Назаренко Г.В. Эволюция понятия невменяемости /Г.В. Назаренко //Государство и право. – 1993. – №3. – С. 61-67.
75. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. /за ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка. – К.: Кантон; А.С.К., 2002. – 1104 с.
76. Наумов А.В. Российское головное право. Общая часть: курс лекций /А.В. Наумов. – М.: БЕК, 1996. – 560 с.
77. Начало уголовной психологии врачей и юристов д-ра Крафт-Эбинга /пер. с нем. В.Р. Лицкого. – СПб.: Тип. П. П. Меркульева, 1874. – 41 с.

78. Організація, критерії та порядок надання психіатричної допомоги в примусовому порядку: метод. рекомендації Міністерства охорони здоров'я України / [В.С. Підкорито, О.А. Ревено, А.П. Чуприко, В.Д. Мишиє, А.А. Педак]; за ред. О.І. Мінко. – К., 2008. – 33 с.

79. Орлов В.С. Субъект преступления по советскому уголовному праву / В.С. Орлов. – М.: Госюриздат, 1958. – 260 с.

80. Орловская Н.А. Уголовно-правовые санкции: проблемы определения, классификации и функционального анализа: монография / Н.А. Орловская; ОНЮА - Одесса: Юрид. л-ра, 2010. - 296 с.

81. Орловська Н.А. Осудність та її види (порівняльний аналіз законодавства України та інших держав): автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Орловська Наталя Анатоліївна; ОНЮА. - Одеса, 2001. - 20 с.

82. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993 – №4. – Ст. 19.

83. Ошерович Б.А. К вопросу о степенях виновности / Б.А. Ошерович // Ученые записки ВИНУН. – 1940. – Вып. 1. – С. 58–78.

84. Павлов В.Г. Субъект преступления / В.Г. Павлов. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 318 с.

85. Павлова Т.О. Кримінальне право. Загальна частина: навч.-метод. посіб. / Т.О. Павлова; Одес. нац. ун-т ім. І.І. Мечникова, Екон.-прав. ф-т. - Одеса: Фенікс, 2015. - 175 с.

86. Павлухин А.Н. Принудительные меры медицинского характера (уголовно-правовой аспект): монография / А.Н. Павлухин, Н.В. Жарко, З.Д. Хухуа; под. ред. А.Н. Павлухина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2007. – 144 с.

87. Печерникова Т.П. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушений у психически здоровых и психопатических личностей: метод. реком. / Т.П. Печерникова, В.В. Гульдман, В.В. Остришко. – М., 1983. – 19 с.

88. Пионтковский А.А. Учение о преступлении. Курс советского уголовного права /А.А. Пионтковский. – М.: Госюриздат, 1961. – 666 с.
89. Постанова Кодимського районного суд Одеської області від 26 травня 2010 р. [Електронний ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
90. Постанова Подільського районного суду м. Києва від 11 квітня 2011 р. [Електронний ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
91. Постановление Беляевского районного суда Одесской области от 29 января 2008 г. [Электронный ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
92. Постановление Коминтерновского районного суда Одесской области от 10 сентября 2008 г. [Электронный ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
93. Постановление Раздельнянского районного суда Одесской области от 5 марта 2012 г. [Электронный ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
94. Постановление Раздельнянского районного суда Одесской области от 16 марта 2012 г. [Электронный ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.
95. Право и психиатрия /сост. С.В. Полубинская; науч. ред. С.В. Бородин. – М., 1991. – 51 с.
96. Практическое руководство по психиатрии /[С.С. Баженов, К.Л. Заимов, М.Н. Иоцов, И.В. Темков, Х.Р. Христов]. – София, 1960. – 32 с.
97. Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных: сб. трудов. – М., 1997. – 106 с.
98. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России /[А.Н. Батанов, А.И. Друзин, А.В. Рагулина, А.И. Чучаев]. – Ульяновск, 2002. – 83 с.

99. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве социально-правовые и медико-реабилитационные меры безопасности /Р.И. Михеев, А.В. Беловодский, В.А. Воробей, О.Р. Михеев. – Владивосток, 2000. – 124 с.

100. Про внесення змін і доповнень до Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів Української РСР: Указ Президії Верховної Ради Української РСР від 10 лютого 1988 р. №6976-XI //Відомості Верховної Ради України. – 1988. – №8. – Ст. 212.

101. Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.01.2007 р. №20 //Офіційний вісник України. – 2007. – №26. – Ст. 1068.

102. Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хворіб людини і носійства збудників цих хворіб: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 1995 р. №133 //Нормативні акти Міністерств і відомств України. – 1995. – №9. – Ст. 685.

103. Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади: Наказ Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства внутрішніх справ України від 19 грудня 2000 р. №346/877 //Офіційний вісник України. – 2001. – №6. – Ст. 247.

104. Про Національну поліцію: Закон України від 2 липня 2015 р. №580-VIII //Відомості Верховної Ради. – 2015. – №40-41. – Ст. 379.

105. Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 3 червня 2005 р. №7 //Постанови Пленуму Верховного Суду України 1985-2006: офіц. вид. /за заг. ред. В.В. Онопенка, Ю.Л. Сеніна. – К.: Юрид. книга, 2009. – С. 296-305.

106. Про прокуратуру: Закон України від 5 листопада 1991 р. №1789-XII //Відомості Верховної Ради України. – 1991. – №53. – Ст. 793.

107. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. №1489-III //Офіційний вісник України. – 2000. – №12. – Ст. 444.
108. Проблемы судебной психиатрии (пограничные состояния): науч. труды /под ред. Г.В. Морозова. – М., 1971. – Вып. 20. – 176 с.
109. Прокопенко А.С. Безумная психиатрия /А.С. Прокопенко. – М., 1997. – 176 с.
110. Протченко Б.А. Принудительные меры медицинского характера /Б.А. Протченко. – М.: Юрид. лит., 1976. – 104 с.
111. Прохоров В.С. На юридическом факультете Ленинградского университета /В.С. Прохоров, Л.Н. Вишневская //Известие высших учебных заведений. Правоведение. – 1960. – №3. – С. 157–160.
112. Психиатрия: учебник /О.В. Кербилов, М.В. Корина, Р.А. Наджаров, А.В. Снежневский. – 2-е изд., перераб. – М.: Медицина, 1968. – 448 с.
113. Ревенюк О. Примусове лікування хронічних алкоголіків та наркоманів. Нові підходи до старої проблеми /О. Ревенюк, Г. Зільбербрат //Вісник прокуратури. – 2002. – №5. – С. 89-94.
114. Ройтельман А.Г. Проблемы невменяемости, уменьшенной вменяемости в творчестве выдающегося юриста России А.П. Куницына /А.Г. Ройтельман //Журнал неврологии и психиатрии. – 1997. – №2. – С. 57-61.
115. Семенов С.Ф. К вопросу об ограниченной вменяемости /С.Ф. Семенов //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1966. – Т. 66, вып. 8. – С. 1268-1272.
116. Семенцова А.И. Принудительные меры медицинского характера и наказание в отношении лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости /А.И. Семенцова //Журнал российского права. – 2001. – №11. – С. 84-91.
117. Сербский В.П. Судебная психопатология. Т. 1. М., 1895 /В.П. Сербский //Фейнберг Ц.М. Учение о вменяемости в различных школах уголовного права и в судебной психиатрии /Ц.М. Фейнберг. – М., 1946. – 37 с.

118. Ситковская О.Д. Новые направления судебно–психологической экспертизы /О.Д. Ситковская, Л.П. Канышева, М.М. Коченов. – М.: Юрли–Тинформ, 2000. – 112 с.
119. Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности /О.Д. Ситковская. – М.: Норма, 1998 – 285 с.
120. Смирнов А.В. Уголовный процесс: учебник для вузов /А.В. Смирнов, К.Б. Калиновский. – СПб.: Питер, 2004. – 697 с.
121. Советское уголовное право. Общая часть: [учебник для юрид. ин-тов и фак.] /под ред. В.Д. Менягина. – М.: Изд-во МГУ, 1974. – 445 с.
122. Соколовский Л. Письмо в редакцию /Л. Соколовский, М. Розус //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1968. – Вып. 2. – С. 299-314.
123. Спасенников Б.А. Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика /Б.А Спасенников. – СПб.: Юрид. центр. Пресс, 2003. – 120 с.
124. Стефанов С.А. Практика применения и исполнения некоторых наказаний, альтернативных лишению свободы /С.А. Стефанов //Актуальні проблеми політики: зб. наук. праць /ОНЮА, Південноукр. центр гендер. дослідж. – О., 2003. – Вип. 16. – С. 360-364.
125. Строгович М.С. Материальная истина и судебные доказательства в советском уголовном процессе /М.С. Строгович. – М.: АН СССР, 1955. – 229 с.
126. Судебная психиатрия: учебник /Н.В. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – [5-е изд. и доп.]. – М.: Норма, 2009. – 623 с.
127. Таганцев Н.С. Русское уголовное право. Лекции: Часть общая. В 2-х т. Т. 1 /Н.С. Таганцев; сост. и отв. ред. Н.И. Загородников– М.: Наука, 1994. – 380 с.
128. Трахтеров В.С. Вменяемость по советскому уголовному праву (конспект лекций) /В.С. Трахтеров. – Х.: Харьков. юрид. ин-т, 1966. – 15 с.
129. Трахтерев В.С. Уменьшенная вменяемость в советском уголовном праве /В.С. Трахтерев //Право и жизнь. – 1925. – №9/10. – С. 53–77.

130. Уголовно-исполнительный кодекс Украины: науч.-практ. comment. /под ред. А.Ф. Степанюка. – Х.: Одиссей, 2006. – 600 с.
131. Уголовно-процессуальный кодекс Украины: науч.-практ. comment. /[Ю.П. Аленин, М.Р. Аракелян, Е.Н. Гидулянова и др.]; под общ. ред. В.Т. Маляренко, Ю.П. Аленина. – Изд. 5-е, доп. – Х.: Одиссей, 2009. – 1008 с.
132. Уголовное право Российской Федерации. Общая часть: учеб. пособие /Х.М. Ахметшин [и др.]; науч. ред. А.А. Тер-Акопов. – М.: Изд-во МНЭПУ, 2001. – 280 с.
133. Уголовный кодекс Азербайджанской Республики от 30 декабря 1999г. /пер. с азерб. Б.Э. Аббасова; науч. ред., предисл. И.М. Рагимова. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 325 с.
134. Уголовный кодекс Голландии /науч. ред. Б.В. Волженкин; пер. с англ. И.В. Мироновой. – 2-е изд. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 510 с.
135. Уголовный кодекс Дании /науч. ред. и предисл. С.С. Беляева; МГУ им. М.В. Ломоносова; пер. с датского и англ. С.С. Беляевой, А.Н. Рычевой. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 230 с.
136. Уголовный кодекс Испании /под ред. и с предисл. Н.Ф. Кузнецова, Ф.М. Решетников; пер. В.П. Зырянова, Л.Г. Шнайдер. – М.: Зерцало, 1998. – 218 с.
137. Уголовный кодекс Латвийской Республики /адапт. пер. с лат., науч. ред. и вступ. ст. А.И. Лукашова, Э.А. Саркисовой. – Минск: Тесей, 1999. – 176 с.
138. Уголовный кодекс Латвийской Республики. С изменениями и дополнениями на 1 августа 2001 г. /науч. ред. и вступ. ст. А.И. Лукашова и Э.А. Саркисовой; пер. с лат. А.И. Лукашова. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 313 с.
139. Уголовный кодекс Республики Болгария /науч. ред. А.И. Лукашова; пер. с болг. Д.В. Милушева, А.И. Лукашова; вступ. ст. Й.И. Айдарова. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 298 с.

140. Уголовный кодекс Республики Грузии /науч. ред.: З.К. Бигвава, В.И. Михайлова, О. Гамкрелидзе; пер. с груз. И. Мериджанашвили. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – 409 с.

141. Уголовный кодекс Республики Казахстан: Закон Республики Казахстан от 16 июля 1997 года №167 (Ведомости Парламента РК, 1997 г., №15–16, ст. 211) /[предисл. Министра юстиции Республики Казахстан, д-ра юрид. наук, проф. И.И. Рогова]. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 298 с.

142. Уголовный кодекс Республики Польша /науч. ред. А.И. Лукашов, Н.Ф. Кузнецова; вступ. ст. А.И. Лукашова, Э.А. Саркисовой; пер. с польского Д.А. Барилович. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 234 с.

143. Уголовный кодекс Республики Узбекистан /вступ. статья М.Х. Рустамбаева, А.С. Якубова, З.Х. Гулямова. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 338 с.

144. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июля 1996 год №63-ФЗ (с изменениями и дополнениями на 04.08.2014 г.) [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162812.

145. Уголовный кодекс РСФСР: с изм. и доп. на 1 февраля 1987 г., с постатейными мат. /М-во юстиции РСФСР. – М.: Юрид. лит., 1987. – 464 с.

146. Уголовный кодекс Украины: науч.–практ. коммент. /отв. ред. С.С. Яценко, В.И. Шакун. – К.: Правові джерела, 1988. – 1088 с.

147. Уголовный кодекс Украины: с изм. и доп. по сост. на 1 сентября 2013 г. /подгот. В.И. Тютюгин. – Х.: Одиссей, 2013. – 256 с. – (Законы Украины).

148. Уголовный кодекс Швейцарии /[пер. с нем. А.В. Серебренниковой]. – М.: Диалог-МГУ, 2000. – 126 с.

149. Уголовный кодекс Швеции /науч. ред. Н.Ф. Кузнецова, С.С. Беляев; пер. на рус. яз. С.С. Беляева. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2001. – 320 с.

150. Уголовный кодекс Японии /науч. ред. и предисл. А.И. Короебева. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – 226 с.

151. Улицкий С.Я. Проблемы принудительных мер медицинского характера /С.Я. Улицкий. – Владивосток, 1973. – 90 с.

152. Ухвала Комінтернівського районного суду Одеської області від 30 січня 2013 р. [Електронний ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.

153. Ухвала Красногвардійського районного суду м. Дніпропетровська від 19 грудня 2012 р. [Електронний ресурс] //Єдиний державний реєстр судових рішень: офіц. веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>.

154. Фарбер И.М. К вопросу об «относительной» вменяемости /И.М. Фарбер //Современная психоневрология. – 1928. – Т. 5. – С. 243-249.

155. Фейнберг Ц.М. Принудительное лечение психически больных, совершающих преступления /Ц.М. Фейнберг //Советское государство и право. – 1940. – №[1-6]. – С. 46-54.

156. Фейнберг Ц.М. Учение о вменяемости в различных школах уголовного права и в судебной психиатрии /Ц.М. Фейнберг. – М.: Тип Министерства запаругля СССР, 1946. – 89 с.

157. Фелинская Н.И. О дискуссионных вопросах судебно–психиатрической оценки психопатий /Н.И. Фелинская //Вопросы борьбы с преступностью. – М.: Юрид. лит., 1982. – №36. – С. 100-106.

158. Фрейеров О.Е. О так называемом биологическом аспекте проблемы преступности /О.Е. Фрейеров //Советское государство и право. – 1966. – №10. – С. 109-113.

159. Хомовский А.А. Назначение и отмена принудительных мер медицинского характера /А.А. Хомовский //Советская Юстиция. – 1967. – №11–С. 9-10.

160. Хомовский А.А. Некоторые пути научного сотрудничества юристов и психиатров /А.А. Хомовский //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1965. – Т. 55, вып. 10. – С. 1586-1588.

161. Чечель Г.И. Об учете психических аномалий виновного в совершении преступления при определении ответственности /Г.И. Чечель

//Ученые записки Саратовского юридического института. – 1970. – Вып. 19, ч. 2. – С. 174-179.

162. Шаргородский М.Д. Наказание, его цели и эффективность /М.Д. Шаргородский. – Л.: Изд-во Ленинград. ун-та, 1973 – 160 с.

163. Шахриманьян И.К. К вопросу о так называемой уменьшенной вменяемости /И.К. Шахриманьян //Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. Серия «Право». – 1961. – №23: Экономика, философия, право, вып. 4. – С. 173-176.

164. Шишков С.Н. Об ограниченной (уменьшенной) вменяемости /С.Н. Шишков //Российская юстиция. – 1995. – №2. – С. 20-21.

165. Шишков С.Н. Понятие вменяемости и невменяемости в советском праве (некоторые концепции и аспекты) /С.Н. Шишков //Проблемы вменяемости в судебной психиатрии: сб. науч. тр. /под ред. Г.В. Морозова. – М., 1983. – С. 28-35.

166. Шостакович Б.В. Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий /Б.В. Шостакович //Российский психиатрический журнал. – 2006. – №6. – С. 16-18.

167. Шостакович Б.В. Общественно опасные действия при психопатиях и некоторых психопатоподобных состояниях /Б.В. Шостакович, О.В. Парфентьева, Г.К. Дорофеев //Проблемы судебной и социальной психиатрии – М., 1975. – С. 43-53.

168. Шостакович Б.В. Проблемы опасности психически больных: руководство по судебной психиатрии /Б.В. Шостакович; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина. – 2004. – 109 с.

169. Шостакович Б.В. Теоретические обоснования применения института ограниченной вменяемости /Б.В. Шостакович, В.В. Горинов //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1995. – Т. 95, №2. – С. 101-103.

170. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека /П.М. Якобсон. – М.: Просвещение, 1969. – 317 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Анкета для працівників правоохоронних органів, суддів та лікарів – психіатрів з питань застосування примусових заходів медичного характеру

№	Що є підставою застосування до осіб примусових заходів медичного характеру:	Правоохоронні органи, судді (%) Осіб)	Лікарі – психіатри (%) (% осіб)
1.	вчинення особою суспільно небезпечного діяння передбаченого особливою частиною КК України	95, 89%	95,34%
2.	наявність у особи психічного розладу або психічної аномалії	97,26%	100%
3.	визнання особи неосудною або обмежено осудною	84,93%	82.55%
4.	суспільна небезпека психічно хворого або наявність у нього такої психічної хвороби, яка позбавляє його здатності постати перед судом або відбувати подальше покарання	89.04%	94,18%
2. Цілі застосування примусових заходів медичного характеру:			
1.	обов'язкове лікування особи	94.52%	95,34%
2.	попередження вчиненню нових суспільно небезпечних діянь	97.26%	94,18%
3.	соціальна реабілітація хворого	66,3%	65,2%
4.	забезпечення безпеки хворого	43,83%	41.86%
5.	ізоляція хворого від суспільства	36,98%	26,74%

3. Вкажіть своє ставлення до передбаченої в ч. 1. ст. 94 Кримінального кодексу України диференціації типів примусових заходів медичного характеру, пов'язаних з поміщенням особи до психіатричного закладу:			
1.	існуюча диференціація є повністю виправданою	8.21%	4,65%
2.	існуюча диференціація є не обґрунтованою через необхідність ліквідувати деякі типи психіатричних установ	35,61%	11,1%
3.	існуюча диференціація є не обґрунтованою через необхідність об'єднання деяких типів психіатричних установ	56,16%	71,2%
4. На Вашу думку, в чому полягає суть примусових заходів медичного характеру:			
1.	заходи соціального захисту	91.20%	95,38%
2.	заходи безпеки	93,89%	82,50%
3.	форма кримінальної відповідальності щодо осіб обмежено осудних	20,3%	8,1%
4.	інші заходи кримінально-правового характеру	30,5%	15%