

Н. Л. ПРОТИ СПОЛУЧЕНОГО КОРОЛІВСТВА (H. L. v. THE UNITED KINGDOM)

У справі «Н. Л. проти Сполученого Королівства»

Європейський суд з прав людини (четверта секція), засідаючи палатою, до складу якої увійшли судді:

- п. М. Пеллонпя (M. Pellonpää), голова
- сер Ніколас Братца (Nicolas Bratza)
- пані Е. Палм (E. Palm)
- пані В. Стражницька (V. Strážnická)
- п. Х. Касадеваль (J. Casadevall)
- п. С. Павловський (S. Pavlovski)
- п. Є. Гарлицький (L. Garlicki),
- а також п. М. О'Бойл (M. O'Boyle), секретар секції,

після нарад за зачиненими дверима 27 травня 2003 року та 14 вересня 2004 року постановляє таке рішення, ухвалене в останній із зазначених днів:

ПРОЦЕДУРА

1. Справу розпочато за заявою (№ 45508/99) проти Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, поданою до Суду згідно зі статтею 34 Конвенції про захист прав людини та основних свобод (Конвенція) громадянином Сполученого Королівства Н. Л. (заявник) 21 грудня 1998 року. Голова палати задовольнив клопотання заявника про нерозголошення його імені (пункт 3 правила 47 Регламенту Суду).

2. Заявника, якому було надано безоплатну правову допомогу, представляв у Суді п. Р. Робінсон (*R. Robinson*), соліситор-практик із Лондона, якому доручив ведення справи один з опікунів заявника — пан Е. Уряд Сполученого Королівства (Уряд) представляли його уповноважені особи п. Д. Волтон (*D. Walton*) і пані Г. Мулвейн (*H. Mulvein*) з Міністерства закордонних справ та у справах Співдружності.

3. Скарга заявника в основному полягала в тому, що він зазнав « затримання », коли його примусово тримали в психіатричній установі як « неформального пацієнта », на порушення пункту 1 статті 5, і що наявні в нього процедурні можливості із судового контролю законності цього

лікувався стаціонарно у відділенні інтенсивної корекції поведінки (*Intensive Behavioural Unit — IBU*). Медичну картку заявитика вела лікар М. (клінічний директор з проблем не здатних до навчання, заступник директора з медичних питань і психіатр-консультант з питань психіатрії не здатних до навчання), під наглядом якої він перебував з 1977 року.

10. У березні 1994 року, на підставі судового рішення, заявитика виписали і передали платним опікунам, панові і пані Е., з якими він благополучно проживав до 22 липня 1997 року. Але відповіальність за догляд і лікування й далі несла лікарня, оскільки його передали опікунам без офіційного оформлення виписки. З 1995 року він щотижня відвідував центр денного стаціонару, підпорядкований місцевому органу влади.

A. Перебування в лікарні з 22 липня до 5 грудня 1997 року

11. 22 липня 1997 року, перебуваючи в денному стаціонарі, заявитик увійшов в особливо збуджений стан, почав бити себе кулаками по голові та битися головою об стіну. Працівники центру, після безуспішної спроби вийти на зв'язок із паном і пані Е., викликали лікаря, який дав йому заспокійливий засіб. Але заявитик і далі перебував у збудженному стані, тому, за рекомендацією соціального працівника при місцевому органі влади (AF), яка також була куратором заявитика, його помістили в лікарню, у відділення невідкладної допомоги.

12. В лікарні заявитик залишався у стані збудження і неспокою. Його оглянув лікар Р. (виконувач обов'язків психіатра-консультанта з питань не здатних до навчання), який зробив висновок, що заявитик потребує стаціонарного лікування. Із фізичною допомогою двох санітарів заявитика перевели до *IBU*, зробивши запис, що жодних спроб покинути лікарню він не робив. Порадившись, лікарі Р. і М. вирішили, що в основних інтересах заявитика буде його лікування в стаціонарі. Слід зазначити, що лікар М. справді розглядала можливість примусового лікування на підставі Закону 1983 року про охорону психічного здоров'я (Закон 1983 року), але вирішила, що в цьому немає необхідності, оскільки заявитик був поступливим і не чинив опору. Отже, заявитика прийняли як «неформального пацієнта». Згодом лікар М. підтвердила (у своєму поданні до суду під час наглядового провадження, про яке йтиметься нижче), що в разі опору заявитика вона помістила б його в лікарню у примусовому порядку на підставі Закону 1983 року, оскільки була абсолютно переконана в необхідності його стаціонарного лікування.

13. У журналі лікаря М., в якому фіксувалися вжиті особисто нею заходи, напроти згаданої дати занотовано отриману нею інформацію про випадки неадекватної поведінки, які спостерігалися в цьому центрі того дня і раніше; висловлене пані AF припущення, що заявитик страждає на циклічний психоз, який виявляється в різких змінах настрою, та її рекомендацію щодо експертизи його стану для визначення необхідних заходів; докладний зміст

консультацій, які лікар М. проводила протягом дня з місцевим лікарем заявника, лікарем Р., пані АФ, персоналом відділення та іншими медичними працівниками; висновок про те, що, у зв'язку із загостренням поведінкового розладу, заявника слід знову госпіталізувати для «ретельного обстеження і лікування», не піддаючи «примусовій ізоляції», оскільки він був «досить неопірним» і «не намагався втекти»; численні безуспішні спроби зв'язатися з опікунами, а також висновок про необхідність рекомендувати опікунам заявника утриматися від побачень із заявником, аби уникнути можливого для них і для нього стресу.

В її записах наступного дня, 23 липня 1997 року, зазначалося: що заявник поводився спокійно, виконував усе, що від нього вимагалося в інтересах догляду й лікування, і без проблем сприйняв зміну ситуації; що його опікуни «схвально сприйняли рекомендацію не відвідувати його протягом кількох днів». У цих записах містився також клінічний висновок про те, що, з огляду на повідомлення про помічені ознаки загострення поведінкових проблем і спроб самопокалічитися, а також на припущення пані АФ щодо ознак циклічного психозу, потрібен час для проведення спостережень, оцінки та вжиття відповідних лікувальних заходів. Пропонувалася низка тестів, щоб виключити будь-яку «органічну патологію». Було вирішено, що заявника огляне і надасть відповідний висновок логопед-психолог, після чого буде підготовлено план медичних заходів, належних до виконання у період після виписки з лікарні. Опікунів вирішили повідомити про необхідність утриматися від відвідувань, допоки медичний персонал не переконається в їх допустимості.

14. Листом від 23 липня 1997 року (копію якого було відправлено лікареві Р.) центр денного стаціонару докладно повідомив соціального працівника — куратора заявника про інцидент, який стався напередодні, і рекомендував відповідним фахівцям служби охорони здоров'я — перш ніж дозволити заявникові повернутися до центру — розглянути факти серйозних розладів його поведінки. Зазначалося, що протягом кількох попередніх місяців такі напади в заявника почалися і що він дедалі важче й важче адаптується у своєму оточенні і в групі. До листа було додано стислу характеристику поведінки заявника та догляду за ним у цьому центрі у період із січня до липня 1997 року.

15. 18 серпня 1997 року лікар М. підготувала для куратора (з питань не здатних до навчання) місцевого органу охорони здоров'я докладну доповідь про історію хвороби заявника, заходи з догляду і прогрес, досягнутий завдяки рекомендованим раніше заходам. Як зазначила лікар М., в лікарні схиляються до висновку, що виписка заявника, який, крім аутизму, страждає на циклічний психоз, суперечила б медичному діагнозу.

16. 22 серпня 1997 року психіатр-консультант з питань не здатних до навчання (пан Г.) оглянув заявника на клопотання пана і пані Е. І поставив діагноз: різко знижена здатність до навчання, ознаки аутизму з імовірністю

Вибрані справи Європейського суду з прав людини. Випуск III

циклічного психозу. Психіатр рекомендував провести подальше обстеження заявитика в *IBU* і налагодити тіснішу співпрацю між фахівцями лікарні, денного стаціонару та паном і пані Е.

17. 29 жовтня 1997 року апеляційний суд зазначив (докладніше про провадження див. нижче), що рішення у справі заявитика буде прийнято на користь останнього. Отже, того дня заявитик перебував в умовах «затримання» на підставі статті 5 (2) Закону 1983 року (після того як лікар стаціонарного пацієнта повідомила про необхідність клопотати про госпіталізацію його в примусовому порядку з метою, зокрема, лікування на підставі статті 3 Закону 1983 року; для забезпечення розгляду такої заяви «затримання» відповідної особи не може тривати більше ніж 72 години). 31 жовтня 1997 року його оформили як пацієнта, що перебуває на примусовому лікуванні, згідно зі статтею 3 Закону 1983 року (двоє медичних працівників, які перед цим оглянули заявитика, засвідчили, що його «затримання» з метою лікування продиктоване необхідністю).

18. 2 листопада 1997 року заявитика відвідали його опікуни — вперше після його повторної госпіталізації в липні 1997 року.

19. 4 листопада 1997 року юридичні представники заявитика звернулися до суду в справах психічнохворих (*Mental Health Review Tribunal — MHRT*) з проханням проконтролювати примусове тримання заявитика в лікарні. В рамках правової допомоги незалежним психіатрам було доручено підготувати висновок. Відповідний психіатричний звіт, датований 27 листопада 1997 року, надали експерти при факультеті психіатрії Кембриджського університету: психіатр-консультант разом з ординатором з питань психіатрії не здатних до навчання. Психіатри рекомендували виписати заявитика з лікарні, оскільки вважали, що розлади його психіки на той час не були «такого характеру чи ступеня, які б могли виправдовувати подальше примусове тримання його в лікарні, і що стан його здоров'я або інтереси безпеки чи захисту інших осіб також не вимагали цього».

4 грудня 1997 року ці представники звернулися до керівництва лікарні з проханням випустити заявитика (стаття 23 Закону 1983 року), оскільки для скликання наради керівників лікарні потрібно менше часу, ніж для підготовки засідання *MHRT*.

20. Група фахівців різного профілю, які опікувалися заявитиком, вирішила, що стан хворого дозволяє домашній медичний супровід, і 5 грудня 1997 року йому надали відпустку з лікарні (згідно зі статтею 17 Закону 1983 року) під нагляд пана і пані Е.

21. 9 грудня 1997 року лікар Р. підготував висновок для майбутньої наради керівництва лікарні, присвяченої аналізу проведеної роботи. У висновку зазначалося, що виписка-звільнення 5 грудня 1997 року заявитика з лікарні згідно зі статтею 17 Закону 1983 року має супроводжуватися приписом щотижня отримувати й виконувати амбулаторні призначення, приймати ліки та перебувати під наглядом патронажної сестри. Лікар Р. висловив сподівання,

що працівники місцевої соціальної служби та її психіатр-консультант зможуть узяти на себе турботу про заявителя, що дало б змогу офіційно оформити його виписку з лікарні.

22. 12 грудня 1997 року керівництво лікарні вирішило оформити офіційну виписку заявителя під нагляд його опікунів (стаття 23 Закону 1983 року).

В. Листування лікаря М. та опікунів заявителя

23. Перший після госпіталізації заявителя лист лікаря М. до пана і пані Е. датується 23 липня 1997 року. Нагадавши про свої спроби вийти з ними на контакт 22 липня 1997 року, лікар М. докладно розповіла про те, що сталося і як поліпшувався стан заявителя. Далі вона зазначила, що, хоч попередньо передбачалося забезпечити якомога скорішу виписку заявителя, після чого передати його опікунам, вона не була в змозі передбачити тривалість перебування заявителя в лікарні, оскільки це залежало від завершення всіх необхідних обстежень і висновків. Лікар М. дала зрозуміти, що, доки медперсонал не переконається в допустимості відвідування заявителя, побачення з ним небажані, оскільки в нього після кожного такого візиту може виникнути бажання піти додому разом з паном і пані Е., тоді як насправді він «клінічно не готовий до виписки». Лікар М. попросила пана і пані Е. зв'язатися з нею, щоб домовитися про зустріч наступного тижня.

24. Наступний лист лікаря М. до пана і пані Е. — з докладним викладом подальших заходів з догляду за заявителем та оцінками досягнутого прогресу — датований 31 липня 1997 року. Посилаючись на прохання пана і пані Е. дозволити їм відвідувати заявителя, лікар М. зазначила, що це може зашкодити здійснюваному важливому обстеженню та спостереженню, але висловилася за можливість повернутися до цього питання наступного тижня. Лікар М. вказала на неготовність заявителя, за клінічними показаннями, до виписки з лікарні.

25. Оскільки пан і пані Е. висловили лікарям своє занепокоєння стосовно лікування заявителя та догляду за ним, лікар М. надіслала ім 6 серпня 1997 року докладний лист із поясненням відповідних завдань медичного персоналу стосовно заявителя. Зокрема лікар М. зазначила:

«Користуюся нагодою наголосити, що основне завдання, покладене на нас як на фахівців [IBU], полягає в лікуванні [заявителя], госпіталізованого як такого, що потребує невідкладної допомоги. Буде вкрай безвідповідально, якщо ми не забезпечимо догляду [за заявителем] та не проведемо лікувальних заходів, яких він потребує й заслуговує. Рішення про передання/виписку його з відділення залежить від... зваженої позиції фахівців-клініцистів різного профілю після оцінки ними ситуації та заходів, яких вони мають намір вжити щодо [заявителя], зокрема для вирішення його поведінкових проблем та потреб психічного здоров'я. Як я вже підкреслювала у своєму попередньому листі, така робота потребує часу, і, на жаль, треба виявити трохи терпіння, щоб професіонали мали

можливість зробити все від них залежне. ...[Заявника] прийняли до відділення [IBU] у "неформальному" порядку, коли госпіталізація не обмежується строком. Можливо, ви неправильно зрозуміли його статус і у вас могло скластися враження, що його госпіталізували і тримають відповідно до Закону про охорону психічного здоров'я. Але навіть у такому випадку немає вимоги обмежуватися "одним місяцем", оскільки строк перебування тут залежить від готовності пацієнта до виписки... Від імені медичного персоналу хочу наголосити, що [заявник] перебуває на лікуванні у відділенні [IBU], і як тільки дозволить його стан, його буде повернуто туди, звідки забрали до лікарні, і буде призначено подальше лікування та всебічні заходи стосовно догляду згідно з "лікувальним планом" та "планом підтримувальних заходів"».

Здійснювані лікувальні заходи та наявні висновки не давали змоги визначити дату виписки. Лікар М. знову висловила пропозицію зустрітися з паном і пані Е., щоб обговорити питання догляду й лікування заявника.

26. У наступному листі до пана і пані Е., від 2 вересня 1997 року, лікар М. підтвердила, що, як свідчать результати проведених обстежень і як було вирішено на консиліумі лікарів, «усі питання» догляду за заявником та його лікування вирішуватимуться в IBU і що його перебування в лікарні, напевно, буде тривалим. Вона запросила пана і пані Е. на консиліум лікарів, присвячений питанням лікування заявника і запланований на 18 вересня 1997 року, і запропонувала окремо зустрітися з паном і пані Е. для обговорення, зокрема, питання побачень із заявником.

27. Листом від 5 вересня 1997 року пан і пані Е. відповіли, що вони не можуть погодитися на запропонований план заходів щодо заявника і що перед відповідним консиліумом вони вийдуть на зв'язок. Листом від 16 вересня 1997 року пан і пані Е. повідомили, що не можуть бути присутні на консиліумі 18 вересня 1997 року, оскільки намагаються отримати відповідну юридичну консультацію. Лікар М. у листі від 19 вересня 1997 року висловила жаль, що пан і пані Е. вважають, начебто їхня присутність на консиліумі лікарів може піддати ризику позицію заявника. У своєму окремому листі від цеї самої дати лікар М. повідомила основні результати консиліуму, на якому, зокрема, було вирішено рекомендувати панові і пані Е. відвідувати заявника щотижня, і попросила їх зв'язатися з нею, щоб домовитися стосовно цього.

28. 20 жовтня 1997 року лікар М. запевнила пана і пані Е., що в лікарні питання їхніх побачень із заявником уже досить докладно обговорювалося, і наголосила на необхідності зустрітися, щоб обговорити потреби заявника.

29. 27 листопада 1997 року психологічна служба лікарні видала детальні настанови щодо управління поведінкою заявника. Цей документ одержали, зокрема, лікар М., пан і пані Е., соціальний працівник та інші служби, які мали лікувати заявника та доглядати за ним. У додатку 1 до документа містилася докладна характеристика циклів психічного стану заявника (аутизм і циклічний психоз), його потреб і реакцій, виявлених у результаті тривалих

H. L. проти Сполученого Королівства

психіатричних і поведінкових спостережень та обстежень; мета цієї інформації — допомогти у виробленні загального підходу до визначення стану заявника, його лікування й догляду. Додаток 2 містив докладний «словник спілкування» із заявником за допомогою голосу, жестів та певних наборів послідовних команд. Додаток 3 містив таблицю для запису спостережень.

30. Листом від 2 грудня 1997 року до юридичних представників заявника лікар М. підтвердила одержання нею зазначеної вище інструкції від 27 листопада 1997 року і виклала міркування щодо надання заявникові відпустки з лікарні в найближчому майбутньому з можливою перспективою оформлення повноцінної виписки.

С. Провадження у справі заявника в національних судах

31. У вересні 1997 року, чи приблизно в цей період, заявник — від імені якого виступав його двоюрідний брат як особа, що діє в інтересах недієздатного, не будучи його опікуном, — попросив дозволу звернутися з клопотанням перевірити в судовому порядку рішення лікарні про його госпіталізацію 22 липня 1997 року, видати наказ *habeas corpus* та про компенсацію за шкоду у зв'язку з неправомірним позбавленням свободи та насильством (формальним насильством внаслідок госпіталізації).

1. Рішення Високого суду від 9 жовтня 1997 року

32. Високий суд відхилив клопотання, зазначивши, що, попри комплексне законодавче регулювання, яке Закон 1983 року забезпечує стосовно осіб, госпіталізованих до психіатричної лікарні в офіційному порядку, діє стаття 131 (1) Закону 1986 року, яка передбачає регулювання відповідних питань на підставі норм загального права стосовно осіб, госпіталізованих у неформальному порядку. Оскільки заявник не був особою, яку «затримали», а мав статус госпіталізованого в неформальному порядку, і оскільки вимоги загальноправового принципу необхідності було виконано, його клопотання було відхилено.

2. Рішення апеляційного суду від 2 грудня 1997 року (у справі «R. проти Борнвудської лікарні і Трасту Національної служби охорони здоров'я» (R. v. Bournewood Community and Mental Health NHS Trust, ex parte L. [1998] 2 WLR 764)

33. Лорд Вулф (*Woolf MR*) ухвалив принципове рішення. Стосовно питання, чи був заявник «затриманим», він зазначив, що всі погодилися, що це є питанням об'єктивного факту, відповідь на яке не залежить від наявності чи відсутності відповідної згоди чи розуміння. На його думку, особа вважається «затриманою» за законом, якщо ті, хто здійснює контроль за приміщенням, у якому вона перебуває, мають намір не допустити її виходу за його межі і мають можливість перешкоджати їй у цьому. Далі він зауважив:

«Ми не вважаємо коректним висновок судді [Високого суду] про те, що [заявник] міг "безперешкодно покинути" лікарню. На нашу думку, є очевидним, що, якби він спробував це зробити, йому б не дозволили приставлені до нього особи... Пан і пані Е. опікувалися [заявником] як членом своєї родини понад три роки. Вони чітко дали зрозуміти, що хочуть забрати його під свою опіку. Очевидно, що дозволити це лікарня не була готова. А якщо лікарі не були готові випустити [заявника] з лікарні під нагляд його опікунів, вони не були готові дозволити йому покинути лікарню взагалі. Він був і є там "затриманим"».

34. Лорд Вулф також зазначив, що право «затримувати» хворого для лікування психічного розладу можна знайти лише в Законі 1983 року, положення якого виключають застосування загальноправового принципу необхідності. Стаття 131, яка зберігає право госпіталізувати хворого в неформальному порядку, стосується лише хворих, які є дієздатними та можуть і дати згоду на свою госпіталізацію. Оскільки заявителя було госпіталізовано для лікування без його згоди і без дотримання інших формальностей, передбачених Законом 1983 року, його тримання в лікарні є незаконним:

«З нашого судового рішення випливає, що загалом позиція [лікарів] у цій справі ґрутувалася на хибній передумові, а саме — на переконанні, що вони мають право лікувати [заявника] в умовах стаціонару без його згоди доти, доки він не заперечуватиме. Це — неправильний підхід. Вони мали право госпіталізувати його для лікування лише за умови дотримання законодавчих вимог. ...У ситуаціях, в яких положення [Закону 1983 року] є застосовними, виключається необхідність діяти поза сферою застосування цього закону. Повноваження діяти на підставі загальноправового принципу необхідності [лікарня] може мати лише в ситуаціях, до яких положення [Закону 1983 року] не застосовуються».

35. Апеляційний суд присудив номінальну компенсацію за шкоду і дав дозвіл на оскарження в Палаті лордів.

3. Рішення Палати лордів від 25 червня 1998 року (у справі «R. проти Борнвудської лікарні і Трасту Національної служби охорони здоров'я», *ex parte L.* ([1999] AC 458)

36. Палата лордів надала дозвіл Комісії з питань застосування Закону про охорону психічного здоров'я взяти участь у провадженні. У поданнях до Палати лордів комісія вказала на основні позитивні наслідки, які має для пацієнтів висновок апеляційного суду про те, що особи в ситуації заявителя мають статус «затриманих» для цілей Закону 1983 року, що також передбачає застосування до таких осіб матеріально-правових та процесуальних гарантій Закону 1983 року. Комісія також повідомила про дослідження, проведене нею шляхом опитування після винесення апеляційним судом свого рішення, — відповідні анкети було відправлено до всіх лікарень (та зареєстрованих

будинків інвалідів) Трасту Національної служби охорони здоров'я. Відповіді, які надійшли з 62 % цих закладів, дають комісії підстави стверджувати, що, в разі застосування згаданого рішення апеляційного суду до пацієнтів, ситуація яких аналогічна ситуації заявника, виявилося б, що число пацієнтів, які впродовж дня перебувають в умовах «затримання», на 22 000 більше, ніж зазначалося раніше, і щороку на 48 000 більше здійснюється примусових госпіталізацій на підставі Закону 1983 року.

37. Палата лордів винесла своє рішення 25 червня 1998 року і одностайно задовольнила скаргу. Лорд Гофф (*Goff*), з яким погодилися лорди Ллойд (*Lloyd*) і Хоуп (*Hope*), ухвалив принципове рішення. Лорди Нолан (*Nolan*) і Стейн (*Steyn*) також погодилися з необхідністю задовольнити скаргу, але на інших підставах.

38. Посилаючись на історію розроблення статті 131 Закону 1983 року, лорд Гофф не погодився з апеляційним судом, вважаючи, що стаття 131 застосовується не лише до хворих, які дали згоду на госпіталізацію, а й до неопірних пацієнтів з обмеженою дієздатністю. Водночас він акцентував на тому, що історія проектування положення, яке усуває будь-які сумніви в цьому питанні, очевидно, залишилася поза увагою апеляційного суду, який, на відміну від Палати лордів, не скористався допомогою юрисконсульта — представника міністра. Щодо підстав, на яких лікарня мала право лікувати і здійснювати догляд за особами, госпіталізованими в неформальному порядку на підставі статті 131 (1) і неспроможними дати на це згоду, лорд Гофф зазначив:

«Намір законодавця, безперечно, полягав саме в тому, щоб забезпечити таким пацієнтам догляд та призначити їм, у зв'язку з їхнім станом, лікування, яке б найкращим чином відповідало їхнім основним інтересам. До того ж персонал, який здійснює лікування й догляд за таким пацієнтом, зазвичай має обов'язок бути обережним. Таке лікування і догляд можуть, на мою думку, виправдовуватися загальноправовим принципом необхідності... (*In Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 A. C. 1). Отже, немає потреби шукати обґрунтування цього в самому [Законі 1983 року], про це в його положеннях не йдеться. Я можу уявити собі можливість виявлення подібного виправдання у відповідному законі; але, навіть припускаючи, що так воно і є, важко уявити, щоб з такого законодавчого зміstu випливав будь-який інший результат. Отже, для зазначених цілей, на мою думку, підставою для лікування таких пацієнтів та догляду за ними має бути загальноправовий принцип».

39. Після цього лорд Гофф перейшов до питання, чи був заявник «незаконно затриманим», як це стверджував і визнав апеляційний суд. Лорд Гофф зазначив, що про неправомірне позбавлення свободи як про факт правопорушення можна говорити лише в разі, коли справді має місце повне позбавлення або обмеження свободи: ознакою такого правопорушення є фактичне, а не потенційне позбавлення свободи. Далі лорд Гофф звернувся до

фактів, наводячи чимало цитат з афідевіту лікаря М. — письмового показання, даного під присягою 3 жовтня 1997 року:

«Об 11 годині 22 липня 1997 року до мене звернулася ... соціальний працівник — куратор у справі [заявника]. Вона повідомила про нещасний випадок, який стався в Кренстокському центрі денного стаціонару (*Cranstock Day Centre*), що його [заявник] відвідував з 1995 року: [заявник], перебуваючи у стані граничного збудження, завдав собі серйозного тілесного ушкодження. Вона сказала, що його були вимушенні помістити до відділення невідкладної допомоги, і просила психіатричної консультації для з'ясування необхідності госпіталізувати [заявника]. Один з моїх колег, [лікар Р.], штатний психіатр, відвідав відділення невідкладної допомоги на її прохання. Згідно із записами в його журналі, із ситуацією його ознайомив ... керівник групи працівників Кренстокського центру, який повідомив, що з березня 1997 року спроби заявитика покалічiti себе ставали дедалі небезпечніші. 22 липня 1997 року, перебуваючи в Кренстоку, він був надзвичайно збуджений, часто дихав, неспокійно ходив уперед і назад, бив себе кулаками по голові і врешті почав битися головою об стіну. Щоб уникнути заворушень і в інтересах безпеки інших осіб, усіх мусили вивести з приміщення, а заявитикові для вгамування дали 4 мг діазепаму, але це не допомогло. Тоді викликали Г. Р., який призначив 5 мг зимовану. Але й у відділенні невідкладної допомоги заявитик залишався у збудженному стані, де його оглянули й надали допомогу. Згодом [лікар Р.] оцінив стан [заявника] як стан граничного збудження і патологічного страху, зробив запис про почервоніння на обох скронях заявитика, про те, що він б'є себе кулаками по голові і часто дихає. [Лікар Р.] зробив висновок, що [заявник] потребує стаціонарного лікування, і перевів його до *IBU*, зазначивши, що він "не вдається до будь-яких спроб покинути лікарню". Я зафіксувала у відповідному документі, що ми розглядали питання про наявність необхідності лікувати [заявника] в примусовому порядку на підставі Закону 1983 року про охорону психічного здоров'я, але вирішили, що такої необхідності немає, оскільки, згідно з моїми спостереженнями на той час, він був "досить неопірний" і "не намагався втекти". Його прийняли до лікарні як "неформального пацієнта". Якби [заявник] чинив опір госпіталізації, я, безперечно, госпіталізувала б його в примусовому порядку на підставі Закону [1983 року], оскільки була впевнена, що він потребує стаціонарного лікування. Це була, поза сумнівом, добре виважена позиція, на якій я спинилася після розмови з [лікарем Р.], персоналом відділення, іншими фахівцями та керівником служби піклування і догляду. Отже, проводилося необхідне лікування за відповідною схемою».

40. Далі лорд Гофф спинився на подальших діях лікаря М., яка:

«...описала, як 22 липня про госпіталізацію [заявника] повідомили пана і пані Е., а потім близького родича [заявника]. По-перше, з паном і пані Е. було домовлено, що вони не відвідують [заявника] протягом кількох днів, як

цього вимагає зазвичай лікувальна практика. 23 липня лікар М. надіслала панові і пані Е. листа, в якому запропонувала зустрітися наступного тижня, щоб обговорити можливість поступового налагодження побачень, але вони відмовилися від зустрічі. Того ж дня працівника адвокатури було призначено адвокатом [заявника]. Знову було здійснено оцінку стану [заявника], після чого виконано програму обстежень і спостережень».

41. Наступна цитата, наведена лордом Гофом з афіdevіту лікаря М., така:

«Оскільки [заявник] є неформальним пацієнтом, не було жодних спроб тримати його в лікарні проти його волі або проводити будь-які тестування, спостереження чи заходи з оцінки його стану, коли він давав зрозуміти, що це йому не подобається, або відмовлявся сприяти лікарям у їхніх зусиллях. [Заявник] завжди приймав ліки, які йому призначали перорально. Він ніколи не чинив опору, коли в нього брали кров для аналізу. Але зовсім по-іншому він поводився 5 і 6 серпня 1997 року, коли йому спробували зробити комп'ютерну томографію та електроенцефалограму, що було необхідно, оскільки він давно страждав від нападів конвульсій і мав аномалію скроневої ділянки мозку. Тому від цих обстежень відмовилися. До певної міри згідливим [заявник] був під час логопедичного обстеження, яке проводилося 15 вересня 1997 року, та під час трудотерапевтичного обстеження. Але як тільки в нього з'являлися будь-які ознаки втоми, обстеження відкладалося і відповідні рішення переглядалися. [Заявника] помістили до палати, не замкненої на ключ. Він жодного разу не робив спроби покинути лікарню, досить добре зустрів зміну обстановки та оточення і не виявляв ознак страждання... Як фахівець, я вважаю, що госпіталізація [заявника] 22 липня 1997 року відповідає його основним інтересам, як відповідатиме їм і продовження його стаціонарного лікування, яке має запобігти подальшому погіршенню його психічного здоров'я. Отже, виписка заявника з лікарні на цей момент не відповідала б медичній доцільноті. Під час та з моменту госпіталізації [заявник] був цілковито неопірним у лікуванні і жодного разу не виявляв наміру покинути лікарню. З огляду на цю обставину, немає необхідності лікувати його примусово на підставі закону... Якби [заявник] почав чинити опір або виявляти бажання покинути лікарню, тоді я мусила б з'ясувати, чи відповідає стан заявника підставам для застосування примусового лікування за статтею 3 цього закону. Оскільки таких спроб досі не було, не було й необхідності в примусовому лікуванні».

42. З наведених вище показань лікаря М. лорд Гоф зробив такі висновки:

«Перший полягає в тому, що, як уже зауважувалося, [заявника] виписали з лікарні на підставі судового рішення, після чого він мав проживати з паном і пані Е., його платними опікунами, проте остаточного оформлення його виписки не відбулося. Це означало, що траст залишався відповідальним за його лікування, а заходи, на які посилається лікар М., свідчать, що траст виконував цей свій обов'язок. Другий — у тому, що коли 22 липня

[заявник], бувши у стані граничного збудження, вдався до насильницьких дій, це в будь-якому разі означало, що виникла надзвичайна ситуація, яка потребувала втручання — принаймні на початковому етапі — з огляду на принцип необхідності, основні інтереси заявника та інтереси захисту інших осіб. За цих обставин, необхідність втручання трасту, і зокрема лікаря М., була незаперечною; пан і пані Е., як опікуни [заявника], звичайно, не могли претендувати на статус вищої інстанції. По-третє, я не маю сумніву в тому, що всі заходи, як про це розповіла лікар М., було справді вжито в основних інтересах [заявника]; і тією мірою, якою ці заходи за інших обставин могли становити втручання в його цивільні права, з позиції загальноправового принципу необхідності — вони були виправдані.

Хочу додати, що остання теза може стосуватися як будь-яких обмежень його свободи пересування, які тоді мали місце, так і будь-якого доторкання до нього. Протягом цього епізоду були моменти, коли [заявника] можна було вважати особою, яку лікують примусово, тобто "затриманою" у тому сенсі, що за відсутності виправдувальних обставин було вчинено делікт неправомірного позбавлення свободи. Зокрема, я маю на увазі перевезення його автомобілем швидкої допомоги з центру денного стаціонару до відділення невідкладної допомоги. Але це пересування, безперечно, було виправдане з позиції необхідності, адже часто трапляються випадки, коли автомобілем швидкої допомоги до лікарні доправляють осіб, які, внаслідок захворювання чи тілесного ушкодження, неспроможні виражати свою згоду. Крім того, я не вважаю, що показання лікаря М. щодо її готовності, в разі виникнення необхідності, вжити заходів з примусового лікування [заявника] на підставі Закону 1983 року можуть якось вплинути на викладені вище висновки. Всі, хто лікує і доглядає психічнохворих, повинні завжди пам'ятати про можливість виникнення такої необхідності, хоч, як у випадку з лікарем М., вони мають усвідомлювати, що таке повноваження може бути здійснене лише як останній засіб, і зберігати надію — як це мало місце в цій справі, — що необхідність вдаватися до нього, можливо, не виникне. Таке повноваження, якщо воно здійснене згідно із законом, є, безперечно, правомірним. У цій справі всі заходи, яких лікар М. вжila на практиці, є, на мою думку, законними, оскільки вони виправдані з позиції загальноправового принципу необхідності, і на цей висновок не впливає факт усвідомлення нею імовірності виникнення необхідності застосувати законодавчо передбачене примусове лікування ("затримання").

Нарешті, повторна госпіталізація [заявника] в неформальному порядку, згідно зі статтею 131 (1) Закону 1983 року, не могла, на мою думку, становити делікт неправомірного позбавлення свободи. Як зазначила лікар М. у пункті 9 свого афіdevіту, палату, в якій перебував заявник, не замикали на ключ. І той факт, що вона, як і будь-який інший лікар у

подібній ситуації, усвідомлювала можливість застосування до нього згодом примусового лікування на підставі закону, не свідчить про наявність факту його примусового тримання в лікарні на будь-яку попередню дату. Крім того, його лікування в стаціонарі з цілковитою очевидністю виправдовувалося з огляду на загальноправовий принцип необхідності. Це означає, що жоден з ужитих заходів не становив правопорушення стосовно [заявника]».

43. На цих підставах лорд Гофф задовольнив скаргу. Він виклав два «додаткові міркування»; друге з них таке:

«...функціонування загальноправового принципу необхідності служить виправданням заходів, які у випадках, коли цей принцип не діє, можуть мати характер правопорушення; тобто цей принцип слугує підставою для захисту від деліктних позовів. Вважаю, що вперше на таку роль цього принципу було вказано в судових рішеннях у справах *In Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* ([1990] 2 A. C. 1). Однак я хочу висловити вдячність представникам апелянтів... за те, що вони привернули нашу увагу до трьох попередніх справ, у яких було застосовано цей принцип, а саме: *Rex v. Coate* (1772) *Lofft* 73, див., зокрема, с. 75: ...per Lord Mansfield; *Scott v. Wakem* (1862) 3 F. та F. 328, 333, ...per *Bramwell B.*; а також *Symm v. Fraser* (1863) 3 F. та F. 859, 883, ...per *Cockburn C. J.* Рішення у всіх цих справах дають підстави стверджувати, що загальне право дозволяло — тією мірою, якою доведено таку необхідність, — примусову госпіталізацію тих, хто становив чи міг становити небезпеку для себе або інших осіб. Але, мушу зіznатися, я не знав про ці джерела; тепер, коли я ознайомився з ними, мене не дивує, що вони могли існувати. Концепція необхідності має відігравати свою роль у всіх галузях нашого зобов'язального права — при вирішенні справ стосовно договорів (див. справи стосовно представництва з огляду на необхідність), стосовно деліктів (див. *In Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 A. C. 1), стосовно реституції (див. розділи відповідних підручників, присвячені концепції необхідності) та у нашему кримінальному праві. Отже, ця концепція має велике значення. Проте, можливо, викличе здивування той факт, що до розуміння значення ролі, яку вона має відігравати в деліктному праві, прийшли на такому пізньому етапі розвитку нашого права».

44. Лорд Нолан, зі свого боку, погодився з апеляційним судом, що заявник перебував в умовах «затримання»: лорд послався на зміст докладного листа лікаря М. від 6 серпня 1997 року та на додаткові міркування, на які спирається апеляційний суд при розгляді цього питання (див. цитати, наведені вище). Проте він виступив за задовolenня скарги, оскільки переконався, що:

«Траст і його медичний персонал протягом усього часу діяв відповідним чином не лише тому, що, на їхню думку, це відповідало основним інтересам [заявника], а й у суворій відповідності до свого загальноправового обов'язку не зашкодити та керуючись загальноправовим принципом необхідності».

45. Лорд Стейн також виступив за задоволення скарги. Він визнав, що підтримання рішення апеляційного суду означатиме забезпечення заявників низки важливих гарантій, а задоволення скарги призведе до невибачної прогалини в законодавстві щодо охорони психічного здоров'я. Проте він вважав за можливе задовольнити скаргу, виходячи з контекстуального тлумачення Закону 1983 року.

46. По-перше, він вважав, що заявник перебував в умовах «затримання»:

«Необхідно спробувати дати "затриманню" широке визначення. На мою думку, ця справа не дає змоги знайти чітку межу між тим, що є і що не є "ув'язненням" [*imprisonment* — позбавлення свободи] або "затримання" [*detention* — примусове тримання під контролем]. Вирішальними фактами є такі. 1) Коли 22 липня 1979 року в центрі денного стаціонару [заявник] у стані патологічного збудження почав завдавати собі тілесних ушкоджень, йому дали седативний засіб, після чого з фізичною допомогою допровадили до лікарні. Але й до прийому седативного засобу він не був здатний висловити свою незгоду на перевезення його до лікарні. 2) Повноваження, здійснене медичними працівниками стосовно нього, було "ефективним": якби [заявник] чинив фізичний опір, психіатр одразу вжила б заходів для госпіталізації його в примусовому порядку. 3) Працівники лікарні регулярно давали йому заспокійливі препарати. Завдяки цьому він залишався згідливим. Це контрастує з тим, як діяли стосовно нього його опікуни: вони нечасто вдавалися до медичних препаратів і застосовували їх лише в мінімальних дозах. 4) Психіатр заборонила опікунам відвідувати [заявника]. Вона зробила це, як видно з її пояснень опікунам, щоб запобігти спробам [заявника] покинути лікарню разом з ними. Психіатр сказала опікунам, що [заявника] відпустять лише тоді, коли вона та інші фахівці-медики вважатимуть це допустимим. 5) Хоча [заявника] не замикали в палаті, медичні сестри уважно спостерігали за його реакціями згідно із вказівкою постійно тримати його в полі зору, що вони й робили.

Представники трасту і міністра стверджували, що [заявник] справді завжди був вільний не йти до лікарні чи покинути її. Але цей аргумент виводить версію подій за межу правдоподібності. Фактом є те, що з цілком добросовісних міркувань, керуючись основними інтересами [заявника], лікарі усували будь-яку можливість опору з його боку за допомогою седативних препаратів, госпіталізувавши його та здійснюючи за ним пильний нагляд. І якби [заявник] будь-яким чином виявив бажання покинути лікарню, медперсонал рішуче став би йому на заваді і, за необхідності, фізично перешкодив цьому. Твердження, що [заявник] міг безперешкодно покинути лікарню, є чарівною казкою. ...На мою думку, [заявник] перебував в умовах "затримання", оскільки рівень контролю, умисно встановленого над ним медичними фахівцями, фактично означав повне позбавлення його свободи».

47. По-друге, він визнав цю примусову госпіталізацію виправданою з позиції загальноправового принципу необхідності:

«Тепер необхідно з'ясувати, чи існували законні підстави для виправдання такого "затримання" та лікування [заявника]. Це — питання законодавчого тлумачення. Але законодавство про охорону психічного здоров'я необхідно розглядати в контексті принципів загального права. Вихідна позиція загального права полягає в тому, що, коли особа має обмежену — з тієї чи іншої причини — здатність приймати рішення стосовно медичного лікування, таке рішення за неї повинні брати на себе інші особи, які мають відповідну кваліфікацію. (Див.: *In Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 A. C. 1, at 55H, *per Lord Brandon of Oakbrook*). Принцип необхідності може застосовуватися. Для цілей цієї справи всі представники сторін виходили з того, що вимогами цього принципу є таке: 1) має існувати "необхідність діяти, коли спілкування з особою, яка потребує допомоги, неможливе" і 2) "у цьому разі має вживатися захід, до якого вдалася б розумна людина за будь-яких обставин, якби діяла, керуючись основними інтересами цієї особи". Див. згадане вище рішення у справі *Re F.: per Lord Goff of Chieveley*, at 75H. Ухвалюючи його, судді не були одностайні в цьому питанні. Але я схиляюся до позиції представників... У світлі цього загальноправового підходу, в доповіді лорда Персі (*Percy Report*) рекомендувалося перейти від "легалізму", коли пацієнти лікарні проходили спеціальну процедуру "сертифікації" (визнання їх душевнохворими), до практики госпіталізації хворих у "неформальному" порядку, тобто "без виконання тієї чи іншої передбаченої законом формальності". Такий перехід передбачалося здійснити шляхом заміни усталеної системи "практикою забезпечення догляду і лікування — без позбавлення свободи — всім, хто цього потребує і не виявляє небажання". Див. Доповідь Королівської комісії про законодавство стосовно психічних хвороб та психічної неповноцінності (*Report of the Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency*) (1954–1957)... Мета при цьому полягала в незастосуванні ганебної процедури "сертифікації" та уникненні, де це можливо, негативних наслідків "примусової ізоляції" пацієнтів. У разі виникнення необхідності госпіталізувати хворого примус мав розглядатися як захід, що має застосовуватися в останню чергу. Рекомендовані зміни були запроваджені Законом 1959 року про охорону психічного здоров'я. Найважливішим положенням була стаття 5 (1). ...Адвокат з боку [заявника] погодився, що стаття 5 дозволяє посилатися на загальноправовий принцип необхідності як на підставу для неформального лікування і догляду за неопірними недієздатними хворими в лікарнях чи будинках для душевнохворих.

1982 року Парламент вніс суттєві зміни до Закону 1959 року. 1983 року Парламент ухвалив зведений закон зі змінами та доповненнями, а саме — Закон 1983 року про охорону психічного здоров'я. Стаття 131 (1) Закону 1983 року повторно ввела в дію положення статті 5 (1) Закону 1959 року,

залишивши без змін усі формулювання. ... На перший погляд, стаття 131 (1) повинна означати те саме, що й стаття 5 (1). Тобто стаття 131 (1) також зберігала чинність загальноправового принципу необхідності як норми, яка дозволяє госпіталізацію недієздатних осіб. Але представник [заявника] стверджував, що, на відміну від попереднього положення, стаття 131 (1) застосовується лише до дієздатних хворих, які погоджуються на госпіталізацію. На його думку, контекстуальні розбіжності між Законами 1959-го і 1983 року вимагали від суду тлумачити статтю 131 (1) Закону 1983 року вужче, ніж статтю 5 (1) Закону 1959 року. ... Якщо виходити з усталених принципів тлумачення законодавства, не можна не дійти висновку, що стаття 131 (1) дозволяє госпіталізацію неопірних недієздатних хворих у разі, якщо задоволено вимоги принципу необхідності. Враховуючи більш докладну аргументацію, подану міністром на правах сторони, що бере участь у процесі, мушу погодитися з неможливістю підтримати думку апеляційного суду стосовно змісту статті 131 (1)».

48. Таким чином, стаття 131 (1) Закону 1983 року зберегла загальноправовий принцип необхідності, що й послужило підставою для виправдання примусового лікування та тримання заявитика в стаціонарі.

49. Як зазначив далі лорд Стейн, рішення Палати лордів означає, що гарантії, передбачені Законом 1983 року, не поширяються на недієздатних осіб, які не чинять опору:

«Це сумний результат. Загальноправовий принцип необхідності потрібен, але — на відміну від Закону 1983 року — він не містить жодних гарантій. Таким чином, психіатр та інші медичні працівники мають у своїх руках важелі беззастережного дієвого контролю. Водночас правда й те, що на таких фахівців покладається обов'язок дбати про пацієнтів і що такі фахівці майже завжди діють, як вони вважають, в інтересах пацієнта. Проте ані процедура *habeas corpus*, ані судовий контроль не можуть бути достатніми гарантіями проти неправомірних оцінок і професійних помилок стосовно недієздатних осіб, які не чинять опору. Враховуючи те, що таких пацієнтів неможливо, з позиції діагностики, відрізняти від тих, до яких застосовують захід примусового характеру, немає підстав відмовляти в наданні конкретних ефективних гарантій [Закону 1983 року] великій групі уразливих осіб, які, внаслідок психічної хвороби, обмежені в дієздатності. Принаймні цього вимагає їхнє моральне право отримувати лікування без шкоди для власної гідності. Єдиною втіхою є те, що представник міністра запевнив Палату лордів, що шляхи реформування цього законодавства вже активно обговорюються».

D. Уповноважений з питань охорони здоров'я (Уповноважений)

50. У березні 2000 року пан і пані Е. звернулися до Уповноваженого зі скаргою на повторну госпіталізацію заявитика. З'ясуванню підлягали такі питання: а) чи справді рішення лікарні про госпіталізацію заявитика 22 липня

1997 року було невмотивоване; і в) чи справді процедура госпіталізації заявитика була неадекватною. Розслідування проводили незалежні експерти. У своєму висновку вони зазначили, що, «ймовірно, не можна було уникнути влаштування заявитика в IBU 22 липня 1997 року. Він мав значно вищу якість життя, коли проживав зі своїми опікунами, а отже, того дня, коли лікарям вдалося вийти з ними на зв'язок, або принаймні наступного дня потрібно було більш виважено розглянути можливість відправки його додому. Зі слів експертів, навіть якщо була необхідність залишити заявитика в лікарні на ніч, їм важко було зрозуміти, чому його не випустили наступного дня і не запропонували амбулаторного обстеження. Процес обстеження заявитика виявився занадто тривалим, для його прискорення слід було залучити відповідні ресурси. З цього приводу експерти зазначають, що не вважають дії медиків безвідповідальними чи зловмисними. Головна рекомендація експертів зводилася до запровадження в майбутньому суворого часового обмеження процедури госпіталізації до IBU та виділення достатніх ресурсів для проведення, коли це можливо, різнопрофільного обстеження амбулаторно, а якщо ні, то проведення його якомога оперативніше.

51. Уповноважений у своїй доповіді від 15 листопада 2001 року погодився з висновками експертів та їхніми рекомендаціями і передав панові і пані Е. вибачення лікарні за допущені недоліки. Лікарня також поінформувала Уповноваженого про те, що рекомендації експертів щодо амбулаторного обстеження пацієнтів уже втілено в практику.

II. ВІДПОВІДНЕ НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО І ПРАКТИКА

A. Відповідні законодавчі положення

1. Закон 1983 року про охорону психічного здоров'я (Закон 1983 року)

52. Більшість осіб, перебуваючи на лікуванні в стаціонарі, отримують психіатричну допомогу без застосування до них заходів примусового характеру, передбачених частиною II Закону 1983 року. Такі особи належать до категорії «неформальних пацієнтів».

Вони є або «добровільними пацієнтами», які здатні дати усвідомлену згоду на свою госпіталізацію і вже дали її, або такими, які не здатні дати згоду на лікування, але яких госпіталізовано в «неформальному порядку», оскільки вони не заперечують проти цього (обмежено дієздатні, але неопірні).

53. У статті 131 (1) Закону 1983 року зазначено:

«Ніщо в цьому законі не може тлумачитися як перешкода для поміщення хворого, який потребує психіатричної допомоги, до лікарні чи будинку інвалідів для душевнохворих з метою проведення передбачених в його інтересах заходів без будь-якого клопотання, розпорядження чи вказівки про його примусову госпіталізацію (затримання) на підставі цього закону

або для залишення в лікарні чи будинку інвалідів для душевнохворих з метою проведення цих самих заходів після того, як зникають підстави для його примусової госпіталізації».

54. Закон 1983 року передбачає низку матеріально-правових і процесуальних гарантій особам, яких «затримали» на підставі його положень:

- a) хворий може бути примусово госпіталізований лише з метою оцінки його стану (стаття 2) або лікування (стаття 3) та за наявності ознак, які відповідають чітко встановленим критеріям, викладеним у частині II цього закону. Як правило (крім екстреної госпіталізації), примусова госпіталізація здійснюється відповідно установовою за клопотанням встановленої форми, поданим правоможною особою. Таке клопотання має ґрунтуватися на письмових, викладених за встановленою формою, медичних рекомендаціях двох незалежних фахівців-медиків, які перед цим здійснювали огляд цього хворого і один з яких має певний досвід у діагностиці чи лікуванні медичних розладів;
- b) положення частини IV Закону 1983 року вимагають наявності згоди хворого чи додаткового медичного висновку стосовно певних форм лікування;
- c) частина V передбачає можливість звернутися до суду у справах психічнохворих (*Mental Health Review Tribunal — MHRT*) для вирішення питання про необхідність примусового тримання в лікарні;
- d) «найближчий родич» примусово госпіталізованої особи має право, зокрема, висунути заперечення проти клопотання про примусове поміщення її в лікарню на підставі статті 3 Закону 1983 року, домогтися звільнення такого примусово госпіталізованого та звернутися до *MHRT* (у деяких випадках) з клопотанням про таке звільнення (статті 26–32);
- e) колишньому примусово госпіталізованому надаються реабілітаційні послуги (стаття 117);
- f) міністр розробляє кодекс процедур (практичні настанови щодо поводження з примусово госпіталізованими психічнохворими) (стаття 118). Згідно зі статтею 120, міністр контролює здійснення повноважень та виконання обов'язків, передбачених Законом 1983 року, проводить відповідні інспекції, опитування та розслідування. Стаття 121 передбачає створення Комісії з питань застосування Закону про охорону психічного здоров'я, яка здійснює функції міністра на підставі статті 118 і 120 Закону 1983 року;
- g) примусово госпіталізовані особи мають право отримувати від керівництва лікарні інформацію про їхнє «затримання» (стаття 132 Закону 1983 року).

2. Закон 1993 року про уповноважених з питань охорони здоров'я (Закон 1993 року)

55. У відповідних положеннях статті 3 Закону 1993 року, яка має назву «Загальна сфера компетенції Уповноваженого», зазначено:

«1. На підставі скарги, належним чином поданої Уповноваженому особою або від імені особи, яка зазнала несправедливості чи поневірянь у зв'язку:

- a) з недоліками в обслуговуванні з боку органу охорони здоров'я,
- b) з незабезпеченням таким органом послуги, яку він був зобов'язаний забезпечити,
- c) з недобросовісним виконанням обов'язків, пов'язаним із будь-яким іншим заходом, який був ужитий таким органом чи від імені такого органу, Уповноважений може, за умови дотримання положень цього закону, провести розслідування стверджуваних недоліків чи іншої діяльності.

...

4. Ніщо в цьому законі не уповноважує і не зобов'язує Уповноваженого піддавати сумніву сутність рішення органу охорони здоров'я, якщо, здійснюючи надані йому дискреційні повноваження, цей орган ухвалив таке рішення, добросовісно виконуючи свої обов'язки».

56. У статті 5 Закону 1993 року, яка має назву «Заходи на виконання клінічного висновку», зазначено:

- «1. Уповноважений не проводить розслідування заходу, вжитого у зв'язку:
 - a) з діагнозом захворювання, або
 - b) з доглядом чи лікуванням хворого,
і який, на думку Уповноваженого, проводився виключно на виконання клінічного висновку... .
- 2. Термін "захворювання" у підпункті (1) означає психічний розлад у визначені Закону 1983 року про охорону психічного здоров'я...».

В. Відповідна судова практика

1. Загальна інформація

57. Посилання на загальноправовий принцип необхідності з'явилися ще в таких справах, як: «Рекс проти Коут» (*Rex v. Coate* (1772) *Lofft* 73), «Скотт проти Вакем» (*Scott v. Wakem* (1862) 3 F. i F. 328, 333) та «Сімм проти Фрейзера» (*Simm v. Fraser* (1863) 3 F. i F. 859, 883) (див. пункт 43 вище — рішення лорда Гоффа). Рішення в цих справах дають підстави стверджувати, що загальне право дозволяло — тією мірою, якою доведено таку необхідність, — примусову госпіталізацію осіб, які становили чи могли становити небезпеку для себе або інших осіб. Такий висновок суди робили і в справах, у яких розглядали низку питань стосовно медичної допомоги, зокрема про операції з приводу стерилізації (*Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 A. C. 1) та про продовження штучного годування і гідратації (*Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] AC 789, 869).

58. Високий суд має певну юрисдикцію виносити деклараторну ухвалу щодо основних інтересів повнолітньої особи, не здатної приймати рішення. Така юрисдикція застосовується у випадках, коли якесь важливе питання потребує вирішення в суді.

2. Справа *Re F. (Полнолітній: юрисдикція суду)* (*An Adult: Court's Jurisdiction*) ([2001] Fam 38)

59. У червні 2000 року апеляційний суд дійшов висновку, що в разі, коли існує небезпека завдання шкоди повнолітній особі, недієздатній через психічну хворобу, Високий суд, маючи іманентну юрисдикцію і керуючись основними інтересами цієї особи, може розглянути відповідні питання і винести необхідні деклараторні ухвали. Тому суд відхилив скаргу, в якій оспорювалася юрисдикція Високого суду виносити, на клопотання місцевого органу влади, деклараторні ухвали стосовно місця проживання та контактів повнолітньої особи, яка обмежена в дієздатності і яка могла зазнати шкоди.

60. Леді Батлер-Слосс (*Butler-Sloss*) зазначила, що місцевий орган влади домагався від суду застосувати свою іманентну юрисдикцію на підставі принципу необхідності і таким чином визначити, де Т. повинна жити, межі її контактів з рідними та заходи контролю за такими контактами. Місцевий орган, підтримуваний офіційним соліситором, стверджував, що цей принцип застосовувався при вирішенні повсякденних питань, пов'язаних із доглядом/лікуванням та захистом інтересів недієздатної повнолітньої особи, як це було визнано в цій справі («R. проти Борнвудської лікарні і Трасту Національної служби охорони здоров'я», *ex parte L.* ([1999] AC 458)). Мати Т. стверджувала, що суди не змогли подолати прогалину, спричинену законодавчими поправками, оскільки надана їм обмежена юрисдикція виносити деклараторні ухвали в медичних справах стосовно питань, що вирішуються під час судового розгляду, не поширюється на справи, результатом розгляду яких має бути рішення про застосування примусу протягом тривалого часу без встановлення строку і без чіткого уявлення про майбутні вимоги стосовно відповідної особи.

61. Леді Батлер-Слосс не мала жодного сумніву в тому, що йшлося про важливе питання, яке могло і мало бути вирішено в судовому порядку. Законодавство про охорону психічного здоров'я не регулює повсякденних питань, які мають вирішуватися в інтересах повнолітніх осіб з обмеженою дієздатністю через психічну хворобу. Як у справі *Re F. (Mental Patient: Sterilisation)*, так і в згаданій вище Борнвудській справі суди визнали, що цілком можливо застосовувати принцип необхідності паралельно із встановленими законом правилами. Отже, Закон 1983 року про охорону психічного здоров'я не виключав юрисдикції Високого суду надавати судовий захист шляхом внесення деклараторних ухвал. Щодо того, чи належить ця порушена в справі проблема (місця проживання і контактів) до сфери застосування встановлених принципів, коли суд мав би юрисдикцію

розглянути питання основних інтересів Т. і винести відповідні деклараторні ухвали, суддя дала позитивну відповідь:

«Маємо очевидну прогалину в системі піклування та догляду за повнолітніми особами, які, через психічну хворобу, обмежені в дієздатності. Якщо суд не може діяти і позов місцевого органу коректний, ця уразлива молода жінка може опинитися в серйозній небезпеці, без жодного засобу захисту, окрім майбутньої можливості застосувати кримінальний закон. Це — велика несправедливість стосовно Т., яка має права, але не в змозі захистити їх самостійно.

...

Хоча рішення цього суду у справі *Re S. (Hospital Patient: Court's Jurisdiction)* [1996] Fam 1 залежало від права *locus standi* позивача, представник і цей суд визнали, що в основі справи лежить питання основних інтересів S. Коли матеріали передали для вирішення Гейл Дж. (*Hale J.*), питання, на яке вона відповіла, стосувалося його майбутнього місця проживання (див. *Re S. (Hospital Patient: Foreign Curator)* [1996] 1 F. L. R. 167). Лорд Гофф у Борнвудській справі визнав, що ...концепція необхідності має відігравати свою роль у всіх галузях права, в яких існують зобов'язання, а отже, її значення неоціненне. У справі *Re S.* голова апеляційного суду виклав давно встановлене повноваження Високого суду виносити деклараторні ухвали в найрізноманітніших ситуаціях і відносити питання до своєї юрисдикції, якщо немає іншої реальної альтернативи. Він врахував низку медичних та аналогічних справ і на сторінці 18 зазначив...:

"У своїй сукупності ці справи, очевидно, свідчать про розвиток нової консультивно-деклараторної юрисдикції".

У справі *Re C. ((Mental Patient: Contact)* [1993] 1 F. L. R. 940) — на яку, серед інших, посилився голова апеляційного суду сер Томас Бінгем (*Thomas Bingham*) — ішлося про спір між батьками повнолітньої психічно обмеженої дівчини стосовно контактів між нею і матір'ю. Іstem Дж. (*Eastham J.*) зазначив:

«У відповідному випадку, якщо докази підтверджують думку про те, що доступ буде на благо хворій у цій справі, S., я не бачу підстав, які б завадили суду надати доступ шляхом винесення деклараторної ухвали».

Як у справі *Re C.*, так і у справі *Re S.* деклараторні ухвали, про які клопотали позивачі, допомагали визначити основні інтереси недієздатної повнолітньої особи в ситуації, коли в оточенні цієї особи існували розбіжності щодо її майбутнього благополуччя. Клопотання про надання судом деклараторного захисту в цьому апеляційному провадженні пов'язане з конфліктом між місцевим органом влади і матір'ю, але ...неможливо провести межу між місцевим органом влади та особою. У багатьох випадках деклараторна ухвала виступає гнучким засобом правового захисту, який може зарадити в різноманітних ситуаціях. В умовах цього

конфліку, коли в разі повернення Т. до своєї матері постає великий знак питання щодо майбутнього піклування та догляду за Т., немає жодної практичної альтернативи втручанню суду. Може виникнути необхідність змінити декларативну ухвалу, якої домагався місцевий орган влади, у зв'язку із встановленими суддею фактами, але суддя матиме юрисдикцію змінювати її відповідно до ситуації виключно після того, як встановлено такі обставини. Ймовірно, конфлікт буде розв'язаний і самим рішенням суду. Якщо ж цього не відбувається і є потреба в декларативній ухвалі для визначення місця проживання Т., тоді ніщо в принципі не повинно перешкоджати винесенню ухвали про те, що основним інтересам Т. відповідатиме її проживання в місцевому будинку інвалідів і не відповідатиме проживання в жодному іншому місці; а під час її перебування в сім'ї ніщо не повинно заважати вжиттю заходів з піклування і догляду за нею чи вирішенню питання про її можливі контакти. Такими були висновки другого етапу провадження у справі *Re S.*, які вела суддя Гейл Дж., та у справі *Re C.* (вище).

Я впевнена: надзвичайно важливо, щоб питання основних інтересів Т. було розглянуте у Високому суді, і немає ніяких перешкод для розгляду суддею матеріально-правових питань, які порушуються в цій справі.

Однак те, що Високий суд береться за вирішення певних питань, заявляючи про наявність у нього такої юрисдикції залежно від конкретних обставин справи, не усуває очевидної необхідності, про яку заявляли Комісія з питань права і Уряд, — мати добре структуровану систему чітко визначених зasad захисту уразливих, психічно обмежених повнолітніх осіб, особливо з огляду на те, що весь сенс декларативних ухвал, винесених на підставі іманентної юрисдикції суду, полягає в тому, що вони вирішують виявлену індивідуальну проблему, але не можуть служити загальною директивою стосовно психічно обмежених повнолітніх осіб. Доки Парламент не встановить такої чіткої системи, виникатиме потреба звертатися до Високого суду в ситуаціях, коли немає жодної іншої потенційно можливої альтернативи».

3. Справа R-B (R-B (A patient) v. Official Solicitor, sub nom Re A. (Male patient: Sterilisation) ([2000] 1 FCR 193)).

62. У рішенні, яке суд виніс у грудні 1999 року, леді Батлер-Слосс зазначила:

«Ще одним питанням, яке постає з рішення у справі *Re F.*, є зв'язок між основними інтересами і критерієм Болама ("Болам проти Комітету Фрієрнського управління лікарень" (*Bolam v. Friern Hospital Management Committee*) [1957] 1WLR 582). Лікарі, яким за посадою належить вирішувати питання стосовно майбутнього лікування хворих і відповідності такого лікування — у випадку осіб з обмеженою здатністю приймати власні рішення — їхнім основним інтересам, завжди повинні діяти згідно із загальновизнаною практикою компетентних медичних фахівців, які мають

досвід лікування у відповідній сфері. Тобто з дотриманням професійного стандарту, встановленого для тих, хто ухвалює такі рішення. На мою думку, дотримуючись цього стандарту, лікар має додатковий обов'язок — дбати про основні інтереси психічно обмеженого хворого. Я не вважаю, що ці два обов'язки вже об'єднали в одну вимогу, і тому не погоджується з Комісією з питань права (див. "Доповідь про психічну недієздатність", пункт 3.26...), а віддаю перевагу альтернативній пропозиції, викладеній у примітці...».

4. Справа R. (R. (Wilkinson) v. the Responsible Medical Officer Broadmoor Hospital ([2001] EWCA Civ 1545))

63. Пан Вілкінсон (*Wilkinson*), який зазнав примусової психіатричної госпіталізації, звернувся з клопотанням про судову перевірку рішень стосовно його лікування — як у минулому, так і на майбутнє. Він стверджував: для того щоб належним чином перевірити законність виконуваного рішення про його лікування, національний суд має розглянути подані до нього протилежні медичні висновки. Відповідачі стверджували, що рівень аналізу в межах судової перевірки, навіть із застосуванням «супервіднесберського підходу» (*«super-Wednesbury» approach*), не дозволяє судам підмінювати своїми висновками первинне рішення фахівця-медика, і тому заперечували проти розгляду згаданих висновків. Високий суд відмовився викликати і піддавати перехресному допиту відповідних медичних фахівців стосовно їхніх висновків.

64. Ще перед тим, як апеляційний суд розглянув цю справу, у жовтні 2000 року набрав чинності Закон 1998 року про права людини (яким Конвенцію було інкорпоровано в національне право). Тому заявник стверджував, що положення, зокрема, статей 2, 3, 6, 8 та 14 Конвенції підсилюють його позицію щодо рівня, на якому має бути проведений аналіз різних медичних висновків, а відповідачі стверджували, що Закон 1998 року не означає, начебто суди повинні брати на себе роль головної інстанції щодо встановлення фактів за таких обставин.

65. Стосовно судової перевірки будь-якого запропонованого подальшого лікування (після ухвалення Закону 1998 року), апеляційний суд зазначив, що статті 2, 3 і 8 вимагають повного аналізу відповідних медичних рішень і що перевірка з позиції «супервіднесберських критеріїв» не може бути достатньо прискіпливою, щоб її можна було кваліфікувати як належну судову перевірку цих медичних рішень щодо суті. З цього приводу апеляційний суд послався на рішення Суду у справі «Сміт і Грейді проти Сполученого Королівства» (*Smith and Grady v. the United Kingdom*) (№ 33985/96 і 33986/96, п. 135–139, ECHR 1999-VI).

**С. Доповідь Комісії з питань права
«Про психічну недієздатність», лютий 1995 року**

66. На початку 1990-х років Комісія з питань права видала серію консультивних документів під назвою «Психічно недієздатні повнолітні

особи та ухвалення рішень», завершальним з яких стала названа вище доповідь. У її вступі зазначається:

«1.1. Загальновідомо, що ... нинішнє законодавство має безсистемний характер і містить чимало прогалин. Воно не ґрунтуються на сучасних чітких принципових засадах і відстає у своєму розвитку від соціальних та демографічних змін. Воно не встигає відбивати зміни, які відбуваються в нашому розумінні прав і потреб осіб, що страждають на психічні розлади».

67. Щодо визначення основних інтересів, у доповіді зазначається таке:

«3.26. Наша рекомендація стосовно того, що в нашій схемі має послідовно застосовуватися критерій "основних інтересів", невіддільна від рекомендації щодо необхідності законодавчо визначити певні орієнтири для тих, хто ухвалює рішення в межах вимог цього критерію. Жодне законодавче положення не дає вичерпної відповіді стосовно того, що ж саме задовольнить основні інтереси особи; причому мається на увазі, що результат завжди має визначатися з огляду на конкретну особу в конкретних обставинах. Однак у наших консультативних документах 1993 року ми висловилися за те, що певні принципи загального застосування завжди мають бути відповідними. Тією мірою, якою це стосується альтернативних медичних рішень, пропоновані нами принципи, можливо, потребують значного відхилення від сучасної організації права. Це, як зазначено у справі *[Re F. (Mental Patient: Sterilisation) [1990] 2 A. C. 1]*, має передбачати, що лікар, який діє, керуючись загальнознаною медичною практикою, 1) не допускає недбалості і 2) керується основними інтересами недієздатного пацієнта».

У примітці, яка дається в доповіді з цього приводу (і на яку посилається леді Елізабет Батлер-Слосс у згаданій вище справі *R-B ((A patient) v. Official Solicitor)*), зазначається:

«Все ними сказане може означати, що лікар повинен як 1) дотримати стандарту лікування/догляду, щоб уникнути відповідальності за недбалість, так і 2) діяти в основних інтересах недієздатного пацієнта. Однак, оскільки вони жодним чином не вказують, як мають визначатися ці "основні інтереси", деякі експерти дійшли висновку, що це не дві, а фактично одна вимога. Немає підстав стверджувати, що промови лордів-суддів у справі *Airedale NHS Trust v. Bland ([1993] A. C. 789)* вже дали відповідь стосовно того, як розв'язати цю важливу проблему; під час обговорення питання про те, що ж саме має становити основні інтереси пацієнта, лорд Гофф знову послався на стандарт недопущення професійної недбалості».

68. Далі в доповіді зазначається:

«Це очевидне об'єднання критерію оцінки скарги на професійну недбалість із критерієм визначення підходу до лікування осіб, не здатних

дати на це згоду, стало предметом гострої критики. Жодна медична професійна організація, яка відгукнулася на консультативний документ № 129, не висловилася за таке визначення "основних інтересів". Є чимало охочих отримати нарешті якісь чіткі принципові настанови щодо того, що ж саме мають означати "основні інтереси"...

3.27. Необхідно чітко визначити, не залишаючи й тіні сумніву, що діяти в основних інтересах особи означає дещо більше, ніж лише лікувати її, уникаючи будь-якої недбалості. Ухвалення рішень від імені недієздатної особи потребує уважного, зосередженого розгляду інтересів цієї особи як індивідуума. З іншого боку, встановлення судом недбалості в діях фахівця потребує уважного й зосередженого порівняльного аналізу дій цього конкретного фахівця з тим, яким чином у подібній ситуації могли б розумно діяти інші компетентні професіонали...»

69. Згідно з рекомендацією Комісії з правових питань, щоб визначити, як саме необхідно діяти в основних інтересах особи, слід врахувати:

- «1) з'ясовані побажання та емоційні переживання, які відповідна особа мала в минулому і має на відповідний момент, а також чинники, які б ця особа сама врахувала, якби була здатна на це;
- 2) необхідність дозволяти і спонукати цю особу до участі або вдосконалювати її здатність брати участь у вирішенні якомога більшого кола питань чи в прийнятті рішень, які стосуються її або зачіпають її інтереси;
- 3) думки інших осіб, які можуть бути доречні й корисні в процесі з'ясування побажань чи емоційних переживань цієї особи та того, що відповідатиме її основним інтересам;
- 4) наявність альтернативних шляхів досягнення мети (для якої необхідні той чи інший захід або рішення), які можуть бути так само ефективними, але не такими обмежувальними щодо свободи дій цієї особи».

D. Кодекс процедур 1999 року щодо застосування Закону про охорону психічного здоров'я

70. Кодекс процедур, із змінами і доповненнями, розроблений згідно зі статтею 118 Закону 1983 року, набрав чинності 1 квітня 1999 року. Закон 1983 року не встановлював правового обов'язку дотримуватися положень цього кодексу, але водночас недотримання його як законодавчого документа могло використовуватися як доказ у суді.

71. Положення кодексу, що має назву «Неформальні пацієнти», сформульовано таким чином:

«2.7. У разі, якщо госпіталізація розглядається як необхідна і хворий добровільно погоджується бути прийнятим на лікування неформально, як

правило, госпіталізація здійснюється переважно в такому порядку. Примусова госпіталізація допускається лише в крайньому разі. Неформальна госпіталізація, як правило, доцільна у випадках, коли психічно дієздатна особа дає на неї згоду, і виключається, коли є необхідність у примусовій госпіталізації через небезпеку, яку такий хворий становить для себе чи інших осіб. Можливість примусової госпіталізації слід розглядати у випадку, коли поточний стан здоров'я психічно дієздатної особи та достовірні факти з історії її хвороби дають вагомі підстави припускати, що ця особа, ще до свого фактичного поміщення в лікарню, може змінити свою думку стосовно неформальної госпіталізації, піддаючи ризику своє здоров'я та безпеку інших осіб.

2.8. Якщо під час госпіталізації особи, психічно не здатної давати згоду, вона не заперечує проти поміщення її в лікарню, госпіталізація такої особи має здійснюватися в неформальному порядку (див. справу «R. проти Борнвудської лікарні і Трасту Національної служби охорони здоров'я», *ex parte L.* ([1998] 3 ALL ER 289; ...). Рішення про госпіталізацію в неформальному порядку психічно недієздатної особи ухвалює її лікар, якщо це відповідає основним інтересам цієї особи і виправдане з позиції загальноправового принципу необхідності... Якщо на момент оцінки чи перевірки стану особи вона є недієздатною, особливо важливо умовою є врахування її потреб як соціального, так і лікувального характеру, її побажань та емоційних переживань, у достовірності яких можна пересвідчитися, а також позиції її близьких родичів та опікунів стосовно того, що саме відповідатиме її основним інтересам».

72. У відповідних положеннях пункту 15.21 зазначено:

«На виконання свого обов'язку не зашкодити недієздатним дати згоду на госпіталізацію, лікарі повинні врахувати певні міркування. Лікування, відповідне стану таких осіб, має призначатися з урахуванням їхніх основних інтересів у світлі загальноправового принципу необхідності (див. рішення Палати лордів у справах *Re F.* ([1990] 2 AC 1) та "R. проти Борнвудської лікарні і Трасту Національної служби охорони здоров'я", *ex parte L.* ([1998] 3 ALL ER 289)). Згідно з рішенням у справі *Re F.*, якщо лікування хворого, не здатного давати згоду, призначене з урахуванням його "основних інтересів", це означає, що таке лікування:

- необхідне для врятування життя хворого або запобігання погіршенню чи забезпечення поліпшення фізичного чи психічного стану цього хворого; і
- відповідає практиці, якої на той момент дотримується широке коло медичних фахівців, що мають досвід лікування у цій конкретній сфері (критерій, який уперше було встановлено у справі Болама)».

Е. Практичні рекомендації та настанови 2001 року

73. 1 травня 2001 року офіційний соліситор видав практичні рекомендації під назвою «Деклараторне провадження суду: рішення щодо лікування і забезпечення благополуччя повнолітніх недієздатних осіб» («*Declaratory proceedings: Medical and Welfare Decisions for Adults who lack Capacity*»). У документі зібрано керівні принципи, про які йшлося в попередніх практичних рекомендаціях стосовно операцій із стерилізації недієздатних осіб, продовження штучного годування та гідратації осіб, які перебувають у вегетативному стані, а також висвітлюється широке коло спірних питань щодо лікування та забезпечення благополуччя повнолітніх осіб, позбавлених дієздатності. У відповідній частині документа зазначено:

«2. Високий суд має юрисдикцію виносити деклараторні ухвали стосовно основних інтересів повнолітніх осіб, які не здатні самостійно приймати рішення. Юрисдикція має здійснюватися в разі, коли існує серйозне питання, яке підлягає судовому розгляду і вимагає вирішення в суді. Суди вже здійснювали таку юрисдикцію, розглядаючи цілу низку питань, пов'язаних із лікуванням, зокрема з операціями із стерилізації, та продовженням штучного годування і гідратації. Крім того, вона застосовувалася при вирішенні питань щодо місця проживання особи та її контактів. Всеобічна перевірка та аналіз такої юрисдикції міститься у справі *Re F. (Adult: Court's Jurisdiction)* [2000] 2 FLR 512).

НЕОБХІДНІСТЬ ЗАЛУЧЕННЯ СУДУ

3. У судовій практиці встановлено дві категорії справ, які фактично у всіх випадках вимагають попередньої санкції судді Високого суду. Перша категорія — це справи стосовно стерилізації осіб (неполнолітніх чи повнолітніх), які не здатні дати згоду на операцію: *Re B. (A Minor) (Wardship: Sterilisation)* [1988] AC 199 та *Re F. (Mental patient: Sterilisation)* [1990] 2 AC 1. Друга — справи щодо продовження штучного годування та гідратації особи, яка перебуває у вегетативному стані: *Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] AC 789, 805. Додаткові керівні принципи вирішення справ стосовно стерилізації та стосовно тих, хто перебуває у вегетативному стані, наведено нижче. У всіх інших справах лікарі та опікуни повинні проконсультуватися зі своїми адвокатами щодо необхідності звертатися до суду. На думку офіційного соліситора, звертатися до суду слід у випадках, коли виникають спори чи труднощі з визначенням дієздатності особи чи її основних інтересів. Відповідні настанови викладені апеляційним судом у справах «Траст Національної служби охорони здоров'я Св. Джорджа проти S.» (*St. George's Healthcare NHS Trust v. S.*); «R. проти Коллінза та інших», *ex parte S. (R v. Collins and Others, ex parte S.* [1998] 2 FLR 728, 758–760). У цих справах наголошувалося, що деклараторна ухвала, винесена без попередження, є нечинною і, отже, її не слід виносити.

...

ДОКАЗИ

7. Позивач повинен подати докази, які стосуються як дієздатності, так і основних інтересів.

(i) Дієздатність

Суд має юрисдикцію лише в разі, якщо встановлено, що особа не здатна приймати рішення стосовно питання, яке є предметом спору. Критерій визначення здатності давати згоду на лікування чи відмовлятися від нього викладено в рішенні у справі *Re MB ((Medical Treatment) [1997] 2 FLR 426, 437)*. ...

(ii) Основні інтереси

У будь-якій медичній справі позивач повинен подати висновки відповідального лікаря, які доводять не лише те, що 1) проведення певної операції не буде проявом недбалства, а й те, що 2) цієї операції вимагають основні інтереси цієї особи: *Re A. (Male Sterilisation) [2000] 1 FLR 549, 555*. Юрисдикція суду полягає в проголошенні основних інтересів відповідної особи, які визначаються за допомогою критерію благополуччя, аналогічного тому, який застосовується при вирішенні питань опіки: *Re S. (Sterilisation: Patient's Best Interests) [2000] 2 FLR 389, 403*. Судове рішення має охоплювати ширше коло етичних, соціальних, моральних міркувань та питань забезпечення благополуччя особи (там само, с. 401). Мають враховуватися емоційний, психологічний та соціальний складники забезпечення інтересів цієї особи: *Re Y. (Mental Patient: Bone Marrow Transplant) [1997] Fam 110*. Суд може зажадати підготувати «баланс» позитивних і негативних наслідків, які може мати відповідна процедура для цієї особи. Якщо потенційні позитивні та негативні наслідки викликають довіру, суд може зажадати оцінити відсоткову ймовірність їх фактичного настання: *Re A. (Male Sterilisation) [2000] 1 FLR 549, 560*.

74. У Практичній настанові Високого суду (виданій 14 грудня 2001 року після її схвалення лордом — головним суддею та лордом-канцлером під назвою «Деклараторне провадження суду: недієздатні повнолітні особи») підкреслено, що справи, які вимагають застосування деклараторної юрисдикції і винесення відповідної ухвали щодо основних інтересів недієздатної повнолітньої особи, більше підходять відділенню із сімейних справ Високого суду. Зазначається, що практичні рекомендації, детально викладені в попередньому пункті, містять важливі принципи, яких «слід дотримуватися» в таких провадженнях.

F. Пропонована законодавча реформа

75. Після оприлюднення (у грудні 2000 року) «Білої книги» щодо реформування законодавства про охорону психічного здоров'я, у червні 2002 року було опубліковано проект закону про охорону психічного здоров'я та консультативний документ. Як зазначалося в консультативному документі,

законопроект мав подвійну мету: передбачити правову конструкцію, за якої вимога піддавати примусовому лікуванню осіб, які страждають на психічні розлади, не поєднувалася з вимогою обов'язкової примусової госпіталізації; та наблизити закон до сучасних стандартів прав людини (передусім мається на увазі судова практика застосування положень Європейської конвенції з прав людини). Частина 5 законопроекту (статті 121–139), під заголовком «Неформальне лікування хворих, не здатних давати згоду», передбачала для таких хворих конкретні гарантії.

76. Докладалися також зусилля щодо подальшого розвитку законодавства в напрямку ширшого регулювання питань недієздатності. Після видання в грудні 1997 року консультивативного документа під назвою «Прийняття рішень від імені психічно недієздатних повнолітніх осіб», у жовтні 1999 року Уряд опублікував свої пропозиції. Пропонувалося законодавчо закріпити надання основного повноваження відповідній особі приймати рішення від імені недієздатної особи, діючи розсудливо та з урахуванням її основних інтересів. Таке основне повноваження мало передбачати прийняття рішень стосовно догляду/піклування та благополуччя, включаючи медичні рішення.

77. Згодом, 17 червня 2004 року, на розгляд Палати громад надійшов проект закону про психічну дієздатність. Вважаючи, що додаткові гарантії стосовно догляду за недієздатними хворими доцільніше передбачити в законі про дієздатність, а не в законі про охорону психічного здоров'я, автори проекту включили до нього детальні нормативні засади щодо забезпечення прав і захисту інтересів уразливих категорій осіб, не здатних самостійно приймати рішення, а також гарантії, поки що не забезпечені нормами загального права.

78. Зокрема, у проекті закону про психічну дієздатність у нормативній формі сформульовано низку принципів загального права, і зокрема принцип, згідно з яким мають бути всебічно враховані основні інтереси пацієнта, а відповідні дії проводитися в спосіб, найменш обмежувальний стосовно його прав. У ньому докладно викладено критерії оцінки дієздатності та основних інтересів. Законопроект створює нові механізми для призначення, в разі необхідності, уповноваженої особи, яка прийматиме рішення від імені недієздатної особи і консультуватиме стосовно того чи іншого рішення; це може бути механізм постійного доручення (який дозволяє призначити особу, яка діятиме від імені іншої в разі втрати останньою дієздатності в майбутньому) або призначення судом представника (який може приймати рішення стосовно благополуччя, лікування та фінансових питань, визначених судом). З метою забезпечення реалізації цих нормативних принципів, у проекті закону пропонувалося створити два нові державні органи: новий суд захисту (для розв'язання спорів стосовно таких питань, як дієздатність та основні інтереси особи) та інституцію державного опікуна (зареестрований орган з наглядовими функціями стосовно згаданих вище уповноважених приймати рішення). Крім того, проект передбачає запровадити для недієздатної особи, яка не має з ким порадитися стосовно її основних

інтересів, практику незалежних консультацій — що дасть цій особі змогу приймати «завчасне рішення» про відмову від лікування в будь-якому випадку втрати нею дієздатності в майбутньому, — а також кваліфікувати погане поводження чи недбалість стосовно недієздатної особи як новий кримінальний злочин.

ЩОДО ПРАВА

I. СТВЕРДЖУВАНЕ ПОРУШЕННЯ ПУНКТУ 1 СТАТТІ 5 КОНВЕНЦІЇ

79. Скарги заявитика з посиланням на це положення стосувалися його перебування в лікарні як особи, «госпіталізованої в неформальному порядку», у період з 22 липня до 29 жовтня 1997 року, що, за його твердженням, становило «позбавлення свободи» у значенні пункту 1 статті 5 Конвенції. Він стверджував, що примусова госпіталізація не відповідала «процедурі, встановленій законом» і не була «законною», оскільки а) в нього не було психічного розладу; б) принцип необхідності не відображав критеріїв, визначених для правомірного затримання у пункті 1 (e) статті 5, і був нечітким; і с) не було достатніх гарантій проти свавільної госпіталізації в примусовому порядку з необхідності. Крім того, він стверджував, що протягом подальшого примусового тримання його в лікарні на підставі Закону 1983 року (з 29 жовтня до 12 грудня 1997 року) він залишався при здоровому глузді. У відповідній частині пункту 1 статті 5 Конвенції зазначено:

«1. Кожен має право на свободу та особисту недоторканність. Нікого не може бути позбавлено свободи інакше ніж відповідно до процедури, встановленої законом, і в таких випадках, як: ...

(e) законне затримання... психічнохворих...;

...»

A. Чи був заявник «позбавлений свободи» у період з 22 липня по 29 жовтня 1997 року?

1. Подання сторін

80. На думку Уряду, визнання Судом факту «затримання» заявитика суперечило б давньому прагненню Сполученого Королівства уникати застосування формальних законодавчих процедур щодо примусової психіатричної госпіталізації недієздатних осіб — за винятком ситуацій, коли це є абсолютно необхідним заходом, — однозначно віддаючи перевагу загальноправовим принципам неформальності, пропорційності і гнучкості.

Визнання заявитика в цій справі «затриманим» означатиме, що догляд за недієздатними, але неопірними особами в будь-якому іншому місці (навіть

удома чи в будинку інвалідів) вважатиметься «затриманням»; отже, такий висновок мав би обтяжувальні правові та інші наслідки для таких хворих та для будь-якої особи чи організації, яка забезпечує їхнє благополуччя і догляд за ними. Крім того, особа, яка вже страждає на соціально неприємну хворобу, не повинна без необхідності страждати від тавра примусово «ізольованої». Таким чином, якщо справедливо, що недієздатні особи, які потребують медичної допомоги, мають бути госпіталізовані та отримати лікування в стаціонарі в неформальному порядку і з урахуванням їхніх основних інтересів, то так само це має відбуватися і в разі, коли недієздатні особи потребують психіатричної допомоги. До того ж вважається, що ненав'язливе лікування за згодою дає більше підстав очікувати від хворого певної взаємодії та кращого лікувального ефекту. Крім того, неформальна госпіталізація і лікування недієздатної особи з урахуванням її основних інтересів забезпечує необхідний рівень захисту її гідності. Ці міркування пояснюються положеннями нового проекту Закону про охорону психічного здоров'я (пункти 75–77 вище). Отже, Уряд сподівався, що рішення Суду узгоджуватиметься з такими підходами і цілями і не вимагатиме від держав з усією суворістю застосовувати законодавчий режим примусової госпіталізації до всіх недієздатних осіб, які потребують психіатричного лікування.

81. Також у попередньому поданні Уряду зазначалося, що справу слід розглядати, керуючись презумпцією, що всі фахівці, які опікувалися заявником, діяли добросовісно і виходили з того, що, на їхню думку, відповідало його основним інтересам в обставинах, коли він був недієздатним і повністю залежав від інших.

82. Щодо самого питання, чи була госпіталізація заявника «затриманням», Уряд посилився на критерій, викладений у справі «Ашингдейн проти Сполученого Королівства» (*Ashingdane v. the United Kingdom*) (рішення від 28 травня 1985 року, серія А, № 93, п. 41). Палата лордів уже застосувала цей критерій при вирішенні суттєво важливого питання факту і визнала, що «затриманим» заявник не був; отже, Суд не має виходити за межі такого висновку національного органу щодо фактичних обставин справи.

83. Згідно з доводами Уряду, застосування цього критерію у справі особи, яка цілком здатна давати згоду на психіатричне лікування, давало підстави стверджувати, що режим лікарні не становив позбавлення свободи. Режим, який застосувався до заявника в цій справі, суттєво не відрізнявся від згаданого режиму, тож не було підстав вважати, що заявника позбавили свободи лише на тій підставі, що він був недієздатним. У будь-якому разі, заявник не заперечував проти свого перебування в лікарні. Можливо, якби він зробив спробу покинути лікарню, його б «затримали», але припущення про можливе затримання особи в майбутньому не становить «затримання» для цілей статті 5. Зазвичай ясність розуму особи, яка страждає на психічні розлади, час від часу змінюється, а отже, підставою для висновку про наявність ознак «затримання» не може бути лише її психічний стан, якщо

застосовуваний до неї режим залишається незмінним. Таким чином, місце перебування заявитика — в помешканні опікунів чи в лікарні — це саме по собі не становить обставини, яка має значення для встановлення наявності ознак позбавлення свободи. Таке значення може мати характер встановлених обмежень, а ці обмеження не становили примусової госпіталізації, скоріше вони були необхідними і належними заходами для забезпечення догляду за особою з потребами заявитика.

84. Уряд посилився на рішення у справі «Нільсен проти Данії» (*Nielsen v. Denmark*) від 28 листопада 1988 року (серія A, № 144) та у справі «Н. М. проти Швейцарії» (*H. M. v. Switzerland*) (№ 39187/98, п. 48, ECHR 2002-II). Як у справі Нільсена, так і в цій справі лікарня залишалася відповідальною за лікування заявитика, і зокрема була зобов'язана приймати рішення з урахуванням його основних інтересів і від його імені навіть після того, як його, за рішенням суду, 1994 року передали опікунам. Рішення у справі Н. М., вважає Уряд, було найближчим у часі з тих, де Суд висловив свою думку стосовно того, чи є особа «затриманою», коли вона не здатна чітко заявити про своє бажання чи небажання перебувати у відповідній установі.

85. На думку Уряду, жоден із чинників, на які посилився заявитик, ані окремо, ані в сукупності, не свідчить про позбавлення його свободи.

Щодо замикання дверей відповідного відділення, Уряд зазначив, що така скарга могла, але не була подана національним судам при розгляді цієї справи, а отже, Суд не зобов'язаний розглядати цей спірний факт. У будь-якому разі, Уряд посилився на показання лікаря М., які вона дала під присягою (пункт 41 вище), висновок лорда Гоффа (пункт 42 вище) про те, що двері не замикали на ключ, а також на відсутність будь-якого висновку з цього приводу з боку Уповноваженого з питань охорони здоров'я. Цей чинник насправді потребував ретельного врахування в контексті ситуації, коли психічно хворі особи виявляються не здатними подбати про себе у випадках, коли іноді, за правилами догляду, двері обов'язково замикають на якийсь час, аби запобігти можливості для них зашкодити самим собі. До того ж були певні докази, що заявитика не позбавляли, як він це стверджує, доступу до своїх опікунів.

86. Заявитик стверджував, що конвенційне поняття «затримання» гнуціше, ніж те, яке використовує Палата лордів, і охоплює поняття психологічного «затримання», потенційного «затримання» (тримання в умовах усвідомленої загрози позбавлення свободи) та позбавлення можливостей для втечі. Він також погоджувався з необхідністю застосувати сформульований у рішенні в справі Ашингдейна критерій для встановлення, чи мало місце «затримання» у відповідній справі — тобто необхідність розглянути з цією метою тип, тривалість, наслідки і спосіб здійснення відповідного заходу.

Щодо типу затримання, лікарня була установою, уповноваженою здійснювати «затримання»; умови тримання в лікарні необхідно відрізняти від тих, у яких він перебував у помешканні своїх опікунів. Щодо тривалості

тримання його в лікарні з метою перевірки стану здоров'я, вона становила 4 місяці 21 день, тоді як згідно зі статтею 2 Закону 1983 року тривалість примусової госпіталізації для проведення такої експертизи не повинна перевищувати 28 днів, а для лікування — згідно зі статтею 3 цього закону — 6 місяців. Під час перебування в лікарні благополуччя заявитика було на значно нижчому рівні. Щодо способу здійснення заходу, заявитик стверджував (як і лорд Стейн у Палаті лордів, пункт 46 вище), що, з огляду на низку причин, які він розгорнуто виклав, твердження про те, що заявитик міг безперешкодно покинути лікарню, було «чарівною казкою».

87. Тому він вважав, що питання про те, чи були двері відповідного відділення лікарні замкнені, саме по собі не мало вирішального значення для встановлення факту позбавлення його свободи у значенні пункту 1 статті 5 Конвенції. Однак далі він стверджував, що насправді їх все-таки замикали, і подав пояснення, чому під час провадження в національних судах він не піддав сумніву свідчення, надані з цього приводу представниками лікарні. Коли він порушив це питання перед Уповноваженим, були зібрані докази того, що двері здебільшого були замкнені.

88. Він стверджував, що ситуація у справі Нільсена була іншою, оскільки Нільсен — це підліток, якого госпіталізували зі згоди батьків і тримали в лікарні на умовах «затримання» доти, доки була чинною ця згода (тип заходу). Він не отримував медикаментозного лікування і мав можливість відвідувати сам і щоб його відвідували (способ виконання). Згадана вище справа Н. М. також відрізнялася: стан Н. М. був жахливий, а після влаштування до сімейного притулку поліпшився настільки, що вона погодилася залишитися там (наслідок заходу). Цей притулок був відкритою установою, і Н. М. мала свободу пересування (свобода пересування, за правилами догляду, встановленими в цій установі, навіть заохочувалася), могла підтримувати контакти із зовнішнім світом (способ здійснення заходу). Згідно з «критерієм Ашингдейна», ситуація в справах Нільсена і Н. М. «не дотягує» до «затримання», але умови, в яких перебував заявитик, межують із «затриманням».

2. Оцінка Суду

89. Сторони не оспорюють, що вихідним пунктом при встановленні факту позбавлення свободи має бути конкретна ситуація конкретної особи з цілою низкою конкретних чинників — таких як тип, тривалість, наслідки і спосіб здійснення заходу, який розглядається. Відмінність між позбавленням свободи і обмеженням свободи відбиває не більше ніж відмінність у суровості чи інтенсивності застосування цих заходів і не свідчить про відмінності в їхньому характері чи змісті (рішення у справі «Гуццарді проти Італії» (*Guzzardi v. Italy*) від 6 листопада 1980 року, серія A, № 39, п. 92, та згадуване вище рішення у справі Ашингдейна, п. 41).

90. Суд бере до уваги висновок, якого дійшли Високий суд і більшість членів Палати лордів, що протягом відповідного періоду заявитик не перебував в

умовах «затримання», хоч апеляційний суд і меншість членів Палати лордів дійшли протилежного висновку. Суд враховуватиме відповідні встановлені національними судами факти, але не вважає себе обмеженим рамками їхніх правових висновків щодо того, чи перебував заявник в умовах «затримання» — особливо з огляду на те, що Палата лордів розглядала це питання з позиції неправомірного позбавлення свободи як делікту (див. пункт 39 вище), а не з позиції конвенційного поняття «позбавлення свободи», яке міститься в пункті 1 статті 5; адже національні та конвенційні критерії оцінки цього поняття неоднакові.

У цьому аспекті національні суди і Уряд приділяли значну увагу тому фактам, що заявник був неопірним, ніколи не вдавався до спроб покинути лікарню і не висловлював такого бажання. Більшість Палати лордів особливо наголосила на тому, що фактичне позбавлення свободи (що може становити неправомірне ув'язнення) слід відрізняти від умовного позбавлення свободи, яке може мати місце в разі спроб пацієнта покинути лікарню (що не може становити неправомірного ув'язнення). Суд не вважає, що таке розрізнення є вирішальним у світлі Конвенції. З тієї самої причини Суд не може погодитися з Урядом, що застосований до заявника режим (як до недієздатної особи, яка не чинить опору) суттєво не відрізняється від режиму, який застосовується до особи, здатної дати згоду на лікування в умовах лікарні, якщо обидві ці особи не заперечують проти госпіталізації. Суд нагадує, що право на свободу є надто важливим у демократичному суспільстві, щоб можна було допустити втрату особою можливості користуватися захистом Конвенції лише через те, що ця особа сама погодилася на перебування в умовах «затримання» (рішення у справі «Де Вільде, Оомс і Версип проти Бельгії» (*De Wilde, Ooms and Versyp v. Belgium*) від 18 червня 1971 року, серія A, № 12, п. 64–65), особливо за умови, коли не заперечується, що вона не здатна давати згоду чи незгоду на пропонований захід.

91. Отже, звертаючись до конкретної ситуації, як цього вимагає рішення у справі Ашингдейна, Суд вважає, що вирішальним чинником у цій справі є те, що медичні фахівці, які лікували заявника і в розпорядженні яких він перебував, здійснювали повний та дієвий контроль за його пересуванням та заходами з догляду за ним, починаючи з 22 липня 1997 року, коли стався розлад поведінки заявника, і закінчуючи 29 жовтня 1997 року, коли його госпіталізували у примусовому порядку.

Конкретизуючи, Суд вказав, що заявник на той час прожив зі своїми опікунами понад три роки. 22 липня 1997 року, після подальшого спалаху агресії і спроб самопокалічення у центрі денного стаціонару, заявникові дали заспокійливе, після чого відвезли до лікарні, а згодом, із допомогою двох осіб, помістили до *IBU*. Його лікар (М.) була переконана, що, в разі вчинення заявником опору під час госпіталізації чи спроб у подальшому покинути лікарню, вона б не допустила цього і порушила б питання про його примусову госпіталізацію на підставі статті 3 Закону 1983 року (пункти 12, 13 і 41 вище);

так і сталося — як тільки апеляційний суд вказав на можливість задоволення скарги заявитика, його було госпіталізовано у примусовому порядку на підставі Закону 1983 року. Листування між опікунами заявитика і лікарем М. (пункти 23–30 вище) свідчить, що опікуни просили негайно звільнити і передати їм заявитика, і водночас про явний намір лікаря М. та інших відповідних медичних працівників суворо контролювати його стан, лікування, контакти, і особливо його пересування та місце проживання: заявитика можна було звільнити з лікарні під опіку пана і пані Е. лише тоді та за умови, коли ці працівники вважатимуть це за прийнятне. Хоча Уряд стверджував про «наявність доказів», що заявитика не позбавляли доступу до своїх опікунів, із згаданого листування видно, що контакти заявитика з його опікунами направлялися й контролювалися працівниками лікарні і що після госпіталізації заявитика опікуни вперше відвідали його 2 листопада 1997 року.

Отже, конкретні факти свідчать, що заявитик перебував під постійним наглядом і контролем і не міг безперешкодно покинути лікарню. Суд вказав на влучне зауваження лорда Стейна, що будь-яке протилежне припущення «виводить версію подій за межу правдоподібності», за якою вона виглядає «чарівною казкою» (пункт 46 вище).

92. Отже, Суд може погодитися із заявитиком, що той факт, «замикалося» чи «могло замикатися» на ключ приміщення (виявилося, що відповідні свідчення, подані на розгляд Палати лордів, відрізняються від поданих Уповноваженому), в якому він перебував, не має вирішального значення. З цього приводу Суд нагадує, що у справі Ашингдейна заявитика визнали особою, яка перебувала в умовах «затримання» для цілей пункту 1 (e) статті 5 навіть тоді, коли він перебував у незамкненій кімнаті, маючи можливість без супроводу регулярно виходити на неогорожене подвір'я лікарні і так само без супроводу покидати територію лікарні (згадане вище рішення у справі Ашингдейна, п. 24 і 42).

93. Аргументи Уряду значною мірою ґрутувалися на згаданому вище рішенні у справі «Н. М. проти Швейцарії», в якому Суд встановив, що поміщення літньої заявитиці в сімейний притулок для надання їй необхідної медичної допомоги, забезпечення задовільних умов життя та гігієни не становило позбавлення свободи у значенні статті 5 Конвенції. Проте рішення в кожній справі має ухвалюватися з урахуванням наявного в ній конкретного «набору чинників». Обставини в цій справі і справі Н. М. можна вважати схожими, але є в них і відмінності. Зокрема, у справі Н. М. не було встановлено, що заявитиця була не здатна виражати свою думку стосовно свого становища; вона часто виявляла бажання влаштовуватися до цього притулку і за кілька тижнів перебування в ньому погодилася там залишитися. Ця обставина і те, що режим у цьому інтернаті докорінно відрізнявся від того, який застосовувався до заявитика у справі, що розглядається (інтернат був відкритою установою, в якій надавалася свобода пересування і заохочувалися контакти із зовнішнім світом), дають підстави для висновку, що факти у справі Н. М. не

свідчили про таку «суворість» чи «інтенсивність» режиму, яку можна було б вважати за достатньо серйозне підґрунтя для кваліфікації її перебування в цьому закладі як «затримання» (див. згадане вище рішення у справі Гуццарді, п. 93).

На думку Суду, висновок про те, що в цій справі мало місце «затримання» заявитика, узгоджується з рішенням у справі Нільсена, на яке спирається Уряд. У ній ключовим моментом був той конкретний факт, що мати неповнолітнього заявитика передала його в розпорядження установи, здійснюючи при цьому свої батьківські права (рішення у справі Нільсена, п. 63 і 68), згідно з якими вона могла будь-коли забрати його звідти.Хоча Уряд зазначав, що лікарня залишалася відповідальною за заявитика в цій справі після його виписки в 1994 році, той факт, що лікарня повинна була спиратися на принцип необхідності і згодом — на положення Закону 1983 року про примусову госпіталізацію, свідчить про відсутність у лікарні правової основи діяти від імені заявитика в такий самий спосіб, як діяла мати п. Нільсена.

94. Тому Суд доходить висновку, що в період з 22 липня 1997 року до 29 жовтня 1997 року заявитик був «позбавлений свободи» у значенні пункту 1 статті 5 Конвенції.

**В. Чи було це «позбавлення свободи» «відповідним
до процедури, встановленої законом»
і «законним» у значенні пункту 1 (е) статті 5?**

1. Чи був у заявитика психічний розлад?

a) *Подання сторін*

95. Уряд стверджував, що заявитика примусово госпіталізували з метою психіатричного обстеження і лікування, виходячи з його основних інтересів і на підставі загальноправового принципу необхідності. Це одностайно встановила Палата лордів, і її висновок не підлягає перегляду Судом.

96. Уряд вказував на спільність позицій фахівців, які під час провадження в національних судах стверджували про наявність у заявитика психічного розладу і необхідність його примусової госпіталізації для лікування доти, доки не вважатимуть за можливе виписати його з лікарні і передати опікунам; тому Уряд вважав, що Суд, з огляду на його субсидіарну функцію, повинен не підмінювати своїм власним висновком висновок медичних експертів, а упевнитися, що ці експертні висновки мали під собою об'єктивне та надійне підґрунтя. Не було причин, з яких національні суди не могли б перевірити, чи виправдовували факти цієї справи примусову госпіталізацію, тобто з'ясувати, чи коректно здійснювалися заходи, яких вживали в інтересах заявитика. Уряд не погоджувався з тим, що нібито висновок Уповноваженого свідчив, як це стверджував заявитик, що в нього не було «психічного розладу»: не було

висновку, який би прямо вказував на це, і такий умовивід не випливає зі змісту доповіді Уповноваженого.

97. Заявник стверджував, що для його примусової госпіталізації правової підстави не було. Оскільки, незважаючи на те, що, можливо, в нього й справді 22 липня 1997 року був психічний розлад, і обставини, через які його мусили помістити в лікарню того дня, свідчили про необхідність невідкладної допомоги, характер чи ступінь цього психічного розладу не був таким, щоб цей розлад можна було вважати підставою для подальшого переведення його до *IBU* цієї лікарні; чи, як він стверджував в альтернативному варіанті, цей розлад перестав бути таким інтенсивним уже невдовзі після госпіталізації. Оскільки національні суди не розглядали питання, чи був у нього психічний розлад у значенні пункту 1 (e) статті 5 та рішення у справі «Вінтерверп проти Нідерландів» (*Winterwerp v. the Netherlands*) від 24 жовтня 1979 року (серія A, № 33), держава не виконала свого обов'язку довести і встановити факт існування правової підстави для його примусової госпіталізації.

Щодо цієї останньої обставини, він зазначав, що, незважаючи на можливу правомірність висновку національних судів про добросовісність дій лікарні і їх обґрунтованість з погляду його основних інтересів, а також на можливу правомірність висновку Уповноваженого про відсутність ознак того, що дії працівників лікарні не були безвідповідальними чи зловмисними, Уповноваженому важко було зрозуміти, чому заявити не виписали і не передали опікунам 22 липня 1997 року або принаймні наступного дня. Заявник не клопотав про скасування Судом висновків національних судів, а просив зважити на цей висновок Уповноваженого як єдиного, чиї висновки стосовно його психічного стану ґрунтувалися на належній оцінці відповідних доказів.

b) *Оцінка Суду*

98. Суд знову наголошує, що позбавити особу свободи на підставі наявності в неї психічного розладу можна лише в разі задоволення трьох мінімальних умов: наявність надійних доказів на підтвердження психічного розладу; характер чи ступінь психічного розладу має бути достатнім для виправдання примусового позбавлення свободи; і подовження строку тримання у відповідному закладі має бути вмотивоване стійкими ознаками такого розладу (рішення у справі Вінтерверпа, п. 39; рішення у справі «Луберти проти Італії» (*Luberti v. Italy*) від 23 лютого 1984 року, серія A, № 75, п. 27; у справі «Джонсон проти Сполученого Королівства» (*Johnson v. the United Kingdom*) від 24 жовтня 1997 року, *Reports* 1997-VII, п. 60; та у справі «Гатчісон Рейд проти Сполученого Королівства» (*Hutchison Reid v. the United Kingdom*), № 50272/99, п. 47, ECHR 2003-IV). Розглядаючи конкретні клінічні діагнози, національні органи користуються певною свободою самостійної оцінки, оскільки передусім саме вони мають оцінити відповідні докази в конкретній справі: завдання суду — перевірити рішення цих органів у світлі Конвенції (згадане вище рішення у справах Луберти і Вінтерверпа, п. 27 і 40, відповідно).

99. З цього приводу Суд зазначив, що заявник не висував припущення щодо недобросовісності чи безвідповідальності відповідних медичних працівників і не стверджував, що вони діяли інакше, ніж це, на їхню думку, відповідало основним інтересам заявитика. Серйозні розлади в поведінці заявитика виникали ще задовго до відповідних подій, що обумовлювало особливість догляду за ним: лікування в лікарні тривало понад 30 років і виписали його в 1994 році лише на підставі судового рішення. Є докази, які свідчать, що до липня 1997 року поведінкові розлади в нього загострювалися дедалі більше (пункти 13, 14 та 39 вище). Не оспорювався той факт, що на 22 липня 1997 року в заявитика був психічний зрив, що під час перебування в центрі денного стаціонару він був у збудженому стані, намагався покалічити себе, що приборкати його можна було лише за допомогою заспокійливих препаратів і що його поведінка вимагала вжиття невідкладних заходів. Враховуючи докладний опис ситуації того дня, який міститься в показаннях лікаря М. (яка опікувалася заявитиком з 1977 року) та інших медичних працівників (див. пункти 12, 13 і 39 вище), а також доповідь цього центру (пункт 14), Суд доходить висновку про достатність доказів на виправдання першого рішення про госпіталізацію заявитика 22 липня 1997 року.

Листування між лікарем М. та паном і пані Е. у відповідний період свідчить про детальне обстеження заявитика та наявність обґрунтованої думки — якої дотримувалися тоді лікар М. та інші медичні працівники, — що таке обстеження і лікування вимагали госпіталізації заявитика. Зaproшений опікунами заявитика лікар Г. у своїй доповіді від серпня 1997 року зробив такий самий висновок. На підставі наявних матеріалів судді Палати лордів дійшли одностайного висновку, що «затримання» заявитика виправдовувалося з позиції принципу необхідності та з огляду на його основні інтереси. Лорд Гофф посилався на згаданий вище афіdevit лікаря М., у якому вона стверджувала, що вважала за необхідне госпіталізувати заявитика для обстеження і лікування і що порушила б питання про його примусову госпіталізацію на підставі Закону 1983 року в разі, якби він зробив спробу покинути лікарню (пункти 39–41 вище). Як уже зазначалося, в жовтні 1997 року, коли з'явилася ймовірність залишення заявитиком лікарні, було застосовано формальну процедуру переведення його на умови примусової госпіталізації (стаття 5 (2) Закону 1983 року), тобто оформили як пацієнта, який перебуває на примусовому лікуванні на підставі статті 3 цього закону, — згідно з цією процедурою, двоє медичних працівників повинні були підтвердити необхідність його примусової госпіталізації для лікування психічного розладу (пункт 54 вище). Нарешті, висновок, викладений у доповіді від 27 листопада 1997 року, про те, що психічний розлад заявитика вже вийшов із фази загострення і вже не є підставою для позбавлення свободи, аж ніяк не спростовує чинності попередніх протилежних висновків. Після цього першого незалежного висновку медичних експертів про те, що підстав для «затримання» вже немає, заявитика виписали.

100. З огляду на викладене вище, Суд вважає, що висновок Уповноваженого — пізніший за часом і відмінний від згаданого — щодо необхідності примусової госпіталізації заявника певною мірою підтримує позицію заявника. Уповноважений не мав компетенції перевіряти правильність клінічних рішень (пункт 55–56 вище), до сфери його перевірки належали питання благополуччя і соціальні проблеми ширшого характеру, ніж суто клінічні діагнози, тому його основні зауваження стосувалися тривалих зволікань із проведенням обстеження заявника в лікарні, можливості проведення такого обстеження амбулаторно та способу, в який лікарня підтримувала зв'язок з опікунами.

101. Враховуючи обставини та матеріали в справі, Суд доходить висновку, що заявник страждав на психічний розлад, характер чи ступінь якого протягом перебування заявника в лікарні з 22 липня до 5 грудня 1997 року виправдовували примусове позбавлення його свободи.

2. Законність «затримання» і захист проти свавільного «затримання»

a) Подання Уряду

102. Нагадуючи, що Палата лордів одноголосно погодилася з тим, що заявника було примусово госпіталізовано для проведення психіатричного обстеження і лікування в його основних інтересах та на підставі принципу необхідності, Уряд стверджував, що принцип необхідності є достатньо чітким і достатньо передбачуваним щодо його наслідків для того, щоб вважати його «законом» у значенні Конвенції.

103. Передусім Уряд вказував на те, що Суд уже погодився з неможливістю, особливо в системі загального права, забезпечити абсолютну визначеність у формулюванні і застосуванні певних правових положень і визнав, що неписане право, якщо воно достатньо чітке, може задовольнити вимоги пункту 1 статті 5. У цьому контексті Уряд нагадав, що перевага загального права полягає в його гнучкості та еволюціонуванні, а отже, той факт, що апеляційний суд у відповідний спосіб застосував принцип необхідності після «затримання» заявника, не означає, що цей суд не вчинив би так само ще раніше, якби була така потреба. Тому принцип необхідності (та поняття основних інтересів, необхідності й розумності) було б неправильно характеризувати як занадто невизначений для цілей законності, якої вимагає пункт 1 статті 5, — особливо з огляду на те, що аналогічні поняття використовуються в багатьох національних системах і в самій конвенційній системі.

104. Далі Уряд стверджував, що принцип необхідності був достатньо узвичаєним і застосовувався ще з XVIII століття. Його чіткість підтверджена в процесі ретельного авторитетного розгляду в 1990 році згаданої вище справи *Re F. (Mental Patient: Sterilisation)* та подальше його застосування, включаючи і цю справу. Зокрема, принцип необхідності вимагав з'ясувати: факт

недієздатності особи; зміст основних інтересів (загальновизнано, що такі інтереси визначаються, серед іншого, міркуваннями ширшого характеру, ніж суто медичні, з урахуванням, наприклад, етичних, соціальних, моральних потреб, а також інтересів добробуту — див. згадане вище рішення у справі *Re F. (Adult: Court's Jurisdiction)* і практичні рекомендації та настанови від травня 2001 року (пункти 59–61 і 73–74 вище)); а також що запропонований захід був продиктований об'єктивно розумною необхідністю. Фахівці повинні були діяти в суворій відповідності до свого загальноправового обов'язку не зашкодити (lord Нолан, пункт 44 вище).

105. Щодо твердження заявника про конфлікт між позицією, окресленою у справі *R. B. (A patient) v. Official Solicitor, sub nom Re A. (Male Sterilisation)*), та пунктом 15.21 Кодексу процедур 1999 року щодо застосування Закону про охорону психічного здоров'я (пункти 62 і 72 вище), Уряд зазначив, що кодекс служить для загальної орієнтації і не претендує на роль авторитетного джерела права; кожен може звернутися до суду з клопотанням з'ясувати точність положень цього кодексу. Крім того, давати визначення, як це пропонував заявник, терміна «неопірний» потреби немає, оскільки це загальновживане слово. Крім того, Уряд зазначив, що у згаданому вище рішенні в справі *Re F. (Adult: Court's Jurisdiction)* апеляційний суд не відкрив нічого нового в повноваженнях Високого суду визначати «основні інтереси» своєю деклараторною ухвалою, а просто застосував рішення Палати лордів у цій справі.

106. Уряд також вважав, що для вирішення справи не має значення, чи поширювався принцип необхідності на лікування тих, хто не страждав на психічний розлад: важливо те, що цей принцип відбивав сутність критеріїв — встановлених рішенням у справі Вінтерверпа — для визначення законності затримання у світлі пункту 1 (e) статті 5 (пункт 98 вище), оскільки лише в тій справі характер психічного розладу визнали достатньо серйозним для виправдання лікування особи в лікарні, коли лікар мав усі підстави для такого висновку з міркувань необхідності.

107. Крім того, Уряд вважав, що загрози свавільного «затримання» не було, оскільки існувала можливість судового контролю (разом із можливістю застосувати процедуру *habeas corpus*), коли органи влади повинні були б продемонструвати, що наявні факти виправдовують примусову госпіталізацію на підставі принципу необхідності (див. твердження Уряду з посиланням на пункт 4 статті 5 — пункти 126–130 нижче). З цього погляду, принцип необхідності можна вважати принципом, який інкорпорував адекватні судові гарантії та засоби захисту.

b) *Подання заявника*

108. Заявник головним чином стверджував, що на відповідний період концепції «основних інтересів» і «необхідності» були нечіткі та непередбачувані.

109. Щодо широти критерію основних інтересів, він стверджував, що на період його «затримання» судова практика (згадані вище рішення у справах «Болам проти Комітету Фрієрського управління лікарень» та *Re F. (Mental Patient: Sterilisation)*) свідчила про сутно клінічний характер питання основних інтересів хворого, яке вирішувалося за допомогою вузького критерію «не зашкодити». Цей критерій став предметом гострої критики, зокрема з боку Комісії з правових питань, що знайшло відображення у виданому нею консультативному документі, який, у свою чергу, значною частиною ввійшов як запозичення до «Зеленої книги» Уряду «Ухвалення рішень», виданій у жовтні 1999 року. Висловлені в цих документах пропозиції не було втілено в законодавстві і критерій не розширювали, доки не з'явилось рішення у справі *R. B ((A patient) v. Official Solicitor, sub nom Re A. (Male patient: Sterilisation))*, в якому апеляційний суд постановив, що поняття основних інтересів передбачає дві умови: не зашкодити (діяти згідно із загальновизнаною практикою компетентних медичних фахівців, які мають досвід лікування в конкретній сфері, — критерій, застосований у справі Болама) та виконання окремого обов'язку — діяти в основних інтересах відповідної особи. Заявник вказував на те, що пункт 15.21 Кодексу процедур 1999 року з впровадження положень Закону про охорону психічного здоров'я суперечив цьому нововведенню судової практики, чим іще більше ускладнювалося завдання визначити «основні інтереси».

110. Щодо меж юрисдикції Високого суду, заявник зазначив, що лише в рішенні, винесеному у справі *Re F. (Adult: Court's jurisdiction)*, було встановлено, що юрисдикція судів у цій сфері найбільше наближена до юрисдикції у сфері опіки (і тому можуть вирішуватися ширші і довгострокові питання стосовно добробуту недієздатної повнолітньої особи — наприклад, питання місця її проживання та контактів), а не до вузької декларативної юрисдикції (яка застосовується при з'ясуванні наявності в діях ознак злочину чи правопорушення та стосується посутньо лише питань законності).

111. Заявник також критикував нечіткість закону, зумовлену відсутністю визначення терміна «неопірність». Це мало значення, оскільки від «неопірності» залежало, як саме надавалося лікування — на підставі принципу необхідності чи на підставі Закону 1983 року.

112. Заявник також стверджував, що складники принципу необхідності, навіть у разі своєї передбачуваності, не можна ототожнювати з критеріями законності затримання у значенні пункту 1 (e) статті 5, розвинутими згаданим вище рішенням у справі Вінтерверпа (п. 39), що вони програють порівняно з критеріями визначення необхідності примусової психіатричної госпіталізації, викладеними в статті 3 Закону 1983 року. На його думку, принцип необхідності уможливлював затримання особи без перевірки — за допомогою об'єктивної медичної експертизи — наявності в неї психічного розладу, характер і ступінь якого виправдовують примусове позбавлення свободи.

113. Нарешті, заявник стверджував, що принцип необхідності не містив достатніх гарантій проти свавільного чи помилкового затримання, і наголошував на особливій серйозності цього недоліку з огляду на нечіткість і непередбачуваність самих критеріїв, на підставі яких особу позбавляли свободи, на широту дискреційних повноважень, зумовлену нечіткістю закону, і на уразливість відповідного суб'єкта.

c) *Відповідні принципи*

114. Суд нагадує, що законність затримання залежить від дотримання його процедури та матеріальноправових аспектів національного права; причому термін «законний» частково збігається із загальною вимогою пункту 1 статті 5 дотримувати «процедури, встановленої законом» (згадане вище рішення у справі Вінтерверпа, п. 39). Крім того, Суд знову нагадав, що, з огляду на важливість особистої свободи, відповідне положення національного права має узгоджуватися з конвенційним критерієм «законності», згідно з яким усі правові норми мають бути достатньо чіткими для того, щоб особа — за необхідності, за допомогою відповідної консультації — могла передбачити, достатньою за даними обставинами мірою, наслідки, до яких може привести певна дія (рішення у справі «S. W. проти Сполученого Королівства» (*S. W. v. the United Kingdom*) від 22 листопада 1995 року, серія A, № 335-B, п. 35–36; у справі «Стіл та інші проти Сполученого Королівства» (*Steel and Others v. the United Kingdom*) від 23 вересня 1998 року, *Reports* 1998-VII, п. 54; та рішення у справі «Кавка проти Польщі» (*Kawka v. Poland*) від 9 січня 2001 року, № 25874/94, п. 49). Суд уже вказував (пункт 98) на три мінімальні умови, від дотримання яких залежить законність затримання особи у зв'язку з її психічною хворобою та на підставі пункту 1 (e) статті 5 Конвенції.

115. Далі Суд знову наголошує на необхідності довести, що затримання відповідало основній меті пункту 1 статті 5 Конвенції, яка полягає в недопущенні позбавлення свободи у свавільний спосіб (див., зокрема, рішення у справі «Вассінк проти Нідерландів» (*Wassink v. the Netherlands*) від 27 вересня 1990 року, серія A, № 185-A, п. 24, і нещодавнє рішення у справі «Асанідзе проти Грузії» (*Assanidzé v. Georgia*) [GC], № 71503/01, п. 170, ECHR 2004–...). З огляду на цю мету і більш загальну вимогу, згідно з якою затримання має відбуватися «відповідно до процедури, встановленої законом», національне право має містити адекватні засоби правового захисту та «справедливі і належні процедури» (згадане вище рішення у справі Вінтерверпа, п. 45, та рішення у справі «Амюр проти Франції» (*Amuur v. France*) від 25 червня 1996 року, *Reports* 1996-III, п. 53).

d) *Оцінка Суду*

116. Суд вважає очевидним, що національною юридичною підставою для «затримання» заявителя в період з 22 липня до 29 жовтня 1997 року був загальноправовий принцип необхідності. Попри певні відмінності позицій стосовно того, чи були госпіталізація і перебування заявителя в лікарні

«затриманням», судді Палати лордів були одностайні у висновку, що його помістили в лікарню, керуючись саме цим принципом. Крім того, Суд вважає, що у сфері психічного здоров'я принцип необхідності має застосовуватися з дотриманням мінімальних умов, які забезпечують законність затримання осіб із психічними розладами (див. пункт 98 вище).

117. З цього приводу Суд зазначив, що ще 1772 року норми загального права дозволяли затримання осіб, які становили потенційну небезпеку для самих себе, якщо було доведено необхідність такого затримання. На початку 1990-х років принцип необхідності було визнано правовою підставою для вирішення питання про санкціонування певних видів лікування (стерилізації, штучного годування та гідратації) недієздатних осіб (пункт 57 вище). Після опублікування в 1993 та 1996 роках рішень, ухвалених у справах *Re S. (Hospital Patient: Court's Jurisdiction)*; *Re S. (Hospital Patient: Foreign Curator)* та *Re C. (Mental Patients: Contact)*, суди починають виносити деклараторні ухвали, якими, керуючись принципом необхідності, визначають основні інтереси недієздатних осіб у випадках конфліктних ситуацій навколо певних питань стосовно благополуччя таких осіб (див., зокрема, рішення леді Батлер-Слосс у справі *Re F. (An Adult: Court's Jurisdiction)*, пункти 59–61 вище).

Крім того, у цій справі всі судді Палати лордів, спираючись на рішення у справі *Re F. (Mental Patient: Sterilisation)*, дійшли одностайногого висновку, що госпіталізація і лікування недієздатної неопірної особи можуть виправдовуватися на підставі принципу необхідності: лорд Гоф, ухвалюючи принципове рішення, «не мав сумніву» щодо цього висновку. До того ж під час розгляду справи Палатою лордів позиції всіх представників сторін стосовно чіткості складників застосованого принципу необхідності збігалися (лорд Стейн, пункт 47 вище); цими складниками є: 1) необхідність діяти, коли спілкування з особою, яка потребує допомоги, неможливе і 2) вжиття в такій ситуації заходу, до якого вдалася б розумна людина за будь-яких обставин, якби діяла, керуючись основними інтересами цієї особи. Крім того, як свідчить статистика, надана Палаті лордів Комісією з питань застосування Закону про охорону психічного здоров'я, заявник був одним із тисяч недієздатних неопірних осіб, яких щорічно примусово госпіталізують на підставі принципу необхідності. Нарешті, Суд не вважає, що відсутність визначення терміна «неопірний» позбавила заявитика можливості передбачити своє «затримання»: більшість суддів Палати лордів не побачили особливих труднощів у застосуванні в цій справі поняття «неопірний».

118. Слід сказати, що в період, коли заявник був «затриманим», принцип необхідності, і зокрема критерій визначення «основних інтересів», перебували на етапі розвитку. Клінічну оцінку основних інтересів почали здійснювати за допомогою подвійного критерію («не зашкодити», встановленого в рішенні у справі Болама, разом з окремим обов'язком діяти в основних інтересах хворого). Більш загальні аспекти благополуччя хворого також враховували при оцінці «основних інтересів» (*Re F. (Adult: Court's Jurisdiction)*) та *R. B. (A patient)*.

v. *Official Solicitor, sub nom Re A. (Male Sterilisation)*, пункти 59–62 вище). Отже, в 1997 році кожен елемент згаданого принципу, можливо, ще не був достатньо чітко окреслений. Про це, наприклад, свідчить конфлікт між позицією леді Батлер-Слосс у згаданому вище рішенні у справі *R. v. A patient* та вимогою пункту 15.21 Кодексу процедур 1999 року з питань застосування Закону про охорону психічного здоров'я (див. пункти 62 та 72 вище).

119. Незалежно від того, чи дає викладене вище підстави для висновку про наявність у заявника можливості, за допомогою відповідної консультації, достатньою мірою передбачити своє «затримання» на підставі принципу необхідності (рішення у справі «Санді Таймс» проти Сполученого Королівства» (№ 1) (*Sunday Times v. the United Kingdom*) (no. 1) від 26 квітня 1979 року, серія А, № 30, п. 49 і 52), Суд вважає, що наступний складник законності — мета запобігти свавільноті — був зневажений.

120. Щодо цього останнього аспекту, Суд вражений фактам відсутності будь-яких зафікованих правил, які б регулювали процедуру примусової госпіталізації недієздатних осіб, які не чинять опору. На думку Суду, контраст між дефіцитом такого регулювання та розгалуженою системою гарантій, передбачених Законом 1983 року стосовно примусової психіатричної госпіталізації, — разючий.

Зокрема, Суд вказує на такий особливо очевидний факт, як відсутність будь-яких формалізованих процедур госпіталізації, які передбачали б, хто може пропонувати госпіталізацію, з яких причин і які медичні й інші експертизи та висновки можуть бути підставою для цього. Не передбачено вимоги фіксувати чітку мету поміщення в лікарню (наприклад, для проведення обстеження чи лікування), через що при госпіталізації на практиці також не встановлюється жодних часових рамок лікування чи догляду. Немає і жодного конкретного положення, яке б вимагало подовження строку клінічного обстеження особи зі сталим психічним розладом, на підставі якого здійснюється її примусова госпіталізація. Призначення представника хворої особи, що міг би висувати певні заперечення та клопотання від її імені, — процесуальний засіб захисту, передбачений Законом 1983 року для примусово госпіталізованих осіб, який міг би бути так само важливим для недієздатних хворих, які — як у цій справі — мають надзвичайно обмежені комунікативні здібності.

121. З огляду на відсутність процедурного регулювання та обмежень, Суд вважає, що медичні працівники лікарні взяли на себе повний контроль над свободою і лікуванням уразливої недієздатної особи, покладаючись виключно на результати своїх внутрішніх клінічних обстежень, спосіб і час яких визначали на власний розсуд: як зауважив лорд Стейн, це створювало для них можливість здійснювати «дієвий і беззастережний контроль». Суд не піддає сумніву добросовісність цих фахівців і того, що вони діяли у спосіб, який вважали відповідним основним інтересам заявитика, але мета процедурних гарантій полягає саме в тому, щоб уbezпечити особу від будь-яких «неправомірних оцінок і професійних помилок» (лорд Стейн, п. 49 вище).

122. З одного боку, Суд вказує на занепокоєння, яке висловили стосовно недостатнього законодавчого регулювання в цій сфері лорд Стейн (пункт 47 вище), леді Батлер-Слосс (пункт 61 вище) та Комісія з правових питань у 1995 році (пункти 66–68 вище). З іншого боку, він також бере до уваги зрозумілу зацікавлену позицію Уряду (пункт 80 вище) щодо недопущення формального й негнучкого впровадження Закону 1983 року в повному обсязі. Однак висловлені пропозиції щодо реформи мають на меті розв'язати згадані проблеми, які непокоять Уряд, і водночас запровадити положення, які б детально регулювали процедуру примусової госпіталізації недієздатних осіб (див., зокрема, проект Закону про психічну дієздатність, пункти 77–78 вище).

123. Уряд, стверджуючи в своєму поданні про неможливість свавільного «затримання» у значенні пункту 1 статті 5 завдяки наявності засобів подальшого контролю за законністю такого заходу, водночас ігнорує чітко сформульований у пунктах 1 і 4 статті 5 Конвенції цей сукупний захист: перший пункт чітко визначає обставини, за яких особу може бути позбавлено свободи, а четвертий передбачає подальший судовий контроль такого заходу.

124. Тому Суд вважає, що у зв'язку з відсутністю згаданих процедурних гарантій неможливо було запобігти свавільному позбавленню свободи, здійснюваному з міркувань необхідності, а отже, дотримати основної мети пункту 1 статті 5 Конвенції. На цій підставі Суд постановляє, що було допущено порушення пункту 1 статті 5 Конвенції.

II. СТВЕРДЖУВАНЕ ПОРУШЕННЯ ПУНКТУ 4 СТАТТІ 5 КОНВЕНЦІЇ

125. Заявник стверджував, що процедури, якими він міг скористатися як неформальний пацієнт з метою перевірки законності свого "затримання" (судовий контроль у поєднанні з процедурою *habeas corpus*), не відповідали вимогам пункту 4 статті 5 Конвенції, в якому проголошується:

«Кожен, кого позбавлено свободи внаслідок арешту або затримання, має право на судовий розгляд, при якому суд без зволікання встановлює законність затримання і приймає рішення про звільнення, якщо затримання є незаконним».

A. Подання сторін

126. Уряд вважав це твердження заявника некоректним. Позов із вимогою судового контролю (у поєднанні з процедурою *habeas corpus*) давав змогу провести аналіз основних обставин (у значенні рішення у справі Вінтерверпа та пункту 1 (e) статті 5 Конвенції), які обумовлювали законність «затримання» заявника.

127. Зокрема, достатня гнучкість таких проваджень у національних судах давала Суду змогу з'ясувати, вивчивши відповідні об'єктивні медичні докази, чи було дотримано принципу, встановленого в рішенні у справі Вінтерверпа. Посилаючись на практику національних судів, які, у свою чергу, спиралися на

рішення апеляційного суду в справі «Рег. проти Міністерства оборони» (*Reg. v. the Ministry of Defence, ex parte Smith* ([1996] Q. B. 517)), Уряд стверджував, що у відповідний період суди мали змогу вплинути на рішення виконавчого органу, якщо були переконані в безгідствності такого рішення в тому сенсі, що воно виходило за межі тих розумних способів розв'язання проблеми, які можна було вибрати відповідно до ситуації. Контекст прав людини мав велике значення: чим більшим було втручання у права людини, тим прискіпливішою мала бути перевірка судом правомірності підстав для такого втручання («суперведнесберський підхід»). Про гнучкість судового контролю свідчили, зокрема, значні вдосконалення, впроваджені в судову практику безпосередньо перед ухваленням у 1998 році Закону про права людини та після інкорпорації Конвенції (як це видно з рішень у справах стосовно примусового лікування — зокрема у згаданому вище рішенні у справі *R. (R. Wilkinson) v. Broadmoor Special Hospital Authority*). На думку Суду, ці вдосконалення були не стільки результатом інкорпорації, скільки гнучкості загального права та його процедур.

128. Уряд вказував, що судовий контроль, можливо, й не дозволив би судам підмінити своїми висновками висновки медичних експертів, але пункт 4 статті 5 цього й не вимагав (рішення у справі «Е. проти Норвегії» (*E. v. Norway*) від 29 серпня 1990 року, серія А, № 181-A). Рішення Суду в справі «Х. проти Сполученого Королівства» (*X. v. the United Kingdom*) від 5 листопада 1981 року (серія А, № 46) відрізнялося, на думку Уряду, від рішення в цій справі тим, що судовий контроль, про який у ньому йшлося, здійснювався стосовно рішення про затримання на підставі законодавчих положень, тоді як у цій справі мається на увазі контроль стосовно рішення про затримання на підставі норм загального права. Тобто в цій справі перевірка національними судами фактів, які, як стверджувалося, були підставою для «затримання», могла бути значно прискіпливішою. Уряд заперечував — як несумісне з основоположним принципом англійського права — припущення заявитика про те, що на нього поклали правовий тягар доведення незаконності свого «затримання».

129. Уряд також пояснив, чому він вважав судовий контроль/процедуру *habeas corpus* «невідкладним» заходом і таким, що встановлює періодичні перевірки через розумні проміжки часу. На думку Уряду, пункт 4 статті 5 не передбачає, що судовий контроль має бути автоматичним (згадане вище рішення у справі «Х. проти Сполученого Королівства», п. 52).

130. Насамкінець Уряд стверджував, що пацієнт міг також учинити цивільний позов щодо компенсації за допущену недбалість, неправомірне позбавлення свободи та/або щодо зловживання осіб (фізичного насильства), чиї дії, «не виключено», могли бути для лікарні «виправданням лікування» пацієнта без його згоди. За словами Уряду, заявник також мав змогу ініціювати декларативне провадження у Високому суді, домагаючись визначення своїх основних інтересів.

131. Заявник стверджував, що не мав у своєму розпорядженні національних засобів судового контролю для перевірки наявності з самого початку і пізніше суттєвих підстав для законності його «затримання».

132. Такий контроль міг здійснити *MHRT* на підставі Закону 1983 року, але заявити «затримали» не на підставі цього закону.

133. У період, коли мало місце «затримання» заявита, наглядове судочинство (у поєднанні з процедурою *habeas corpus*) було явно недостатнім засобом захисту і залишалося таким навіть після інкорпорації.

До інкорпорації клопотання *habeas corpus* можна було подати лише з приводу рішення, яке було недопустиме через його цілковито «протиправний» характер, чи з приводу відсутності відповідної юрисдикції. Не менш важливим є те, що суди, здійснюючи контроль, рідко втручаються в основні факти, встановлені у справі державним органом, особливо у випадках наявності в такого органу спеціальної компетенції. Навіть при інтенсивному судовому контролі («суперведнесберський підхід») з'ясовується не те, чи правильними були відповідні дії такого органу влади, а те, чи були його дії «невідповідними» і «нерациональними» («Сміт і Грейді проти Сполученого Королівства» (№ 33985/96 і 33986/96, п. 137–138, ECHR 1999-VI). Нарешті, на ньому лежав правовий тягар доведення незаконності «затримання», тоді як згідно з пунктом 4 статті 5 саме держава повинна доводити законність затримання у світлі національного законодавства та пункту 1 (e) статті 5 Конвенції. Щодо намагання Уряду продемонструвати відмінність рішення у справі «Х. проти Сполученого Королівства», заявита вказував на те, що Уряд не послався на жодну справу, в якій національні суди розглядали по суті законність примусової госпіталізації хворого на підставі принципу необхідності. У розпорядженні національних судів, які розглядали його справу, було чимало неперевірених показань з афіdevітів і жодного незалежного психіатричного свідчення про доцільність «затримання». Процедури судового контролю і *habeas corpus* просто не підходили для аналізу оспорюваних фактів; до того ж усні показання та перехресний допит застосовувалися лише в поодиноких випадках.

Заявник зазначав, що з часу інкорпорації національні суди посилили контроль за судовими обмеженнями. Проте, на його думку, такий контроль — навіть незважаючи на його посилення у справах, які стосуються прав людини («суперведнесберський підхід»), навіть із застосуванням критерію пропорційності («R. (Дейлі) проти міністра внутрішніх справ» (*R. (Daly) v. Home Secretary* [2001] 2 AC 532), — все одно не забезпечував належної перевірки наявності суттєвих умов для віправдання подальшого примусового тримання особи в лікарні. З цього приводу, заявита зазначав, що з часу інкорпорації суди лише одного разу здійснили повний контроль справи по суті (згадане вище рішення у справі *R. (Wilkinson) v. Broadmoor Special Hospital Authority*), в якій апеляційний суд прямо визнав, що після інкорпорації змінюється підхід до судового контролю, який має охоплювати розгляд по суті, щоб забезпечити

розслідування і вирішення медичних питань та пов'язаних із ними конвенційних прав).

Він стверджував, що в будь-якому разі буде неможливо забезпечити без зволікання судовий контроль/процедуру *habeas corpus* та встановити періодичність контролю через розумні проміжки часу, якщо до них регулярно вдаватимуться всі неформальні пацієнти. Зрештою, такі провадження не забезпечували автоматичного контролю законності рішень, як цього вимагає пункт 4 статті 5 (рішення у справі «Мегєрі проти Німеччини» (*Megyeri v. Germany*) від 12 травня 1992 року, серія A, № 237-A, п. 22).

134. Насамкінець заявник визнавав, що іманентна юрисдикція Високого суду виносити деклараторні ухвали щодо «основних інтересів» при розгляді приватноправових позовів зазнала змін і наблизилася до юрисдикції, яка застосовується при вирішенні питань опіки, і що це певною мірою може забезпечувати вимоги пункту 4 статті 5. Але «затримання» заявника відбулося ще до цих змін (згадане вище рішення у справі *Re F. (Adult: Court's Jurisdiction)*), які, власне, сталися після інкорпорації (згадане вище рішення у справі *R. (Wilkinson) v. Broadmoor Hospital Authority*). У будь-якому разі, клопотання про деклараторне визначення «основних інтересів» все одно не відповідало б вимогам пункту 4 статті 5, оскільки тягар подання такого клопотання покладено на пацієнта.

В. Оцінка Суду

1. Загальні принципи

135. Пункт 4 статті 5 передбачає право особи, яку позбавили свободи, на перевірку судом законності її затримання не лише у свіtlі вимог національного права, а й у контексті Конвенції, втілених у ній загальних принципів та мети обмежень, визначених у пункті 1: зі статті 5 випливає, що поняття «законності» стосовно позбавлення свободи повинно мати однакове значення для пунктів 1 (e) та 4. Таким чином, суд не має настільки широких повноважень, щоб здійснювати контроль за законністю стосовно всіх аспектів справи чи підмінювати своїм власним розсудом рішення тих, хто мав на те відповідну компетенцію. Однак такий контроль має бути достатньо широким і охоплювати основні умови, які визначають законність затримання особи; у цій справі — на підставі наявності в особи психічного розладу (згадані вище рішення у справі «Х. проти Сполученого Королівства», п. 57–58, у справах Ашингдейна, п. 52, «Е. проти Норвегії», п. 50, та «Гатчісон Рейд проти Сполученого Королівства», п. 64).

2. Застосування пункту 4 статті 5 у цій справі

136. Твердження Уряду зводилося в основному до того, що клопотання про дозвіл домагатися судового контролю стосовно рішення про госпіталізацію і «затримання», зокрема клопотання *habeas corpus*, являло собою судовий

контроль, який задовольняв вимоги пункту 4 статті 5 Конвенції. Заявник заперечив проти цього.

137. Суд вважає, що вихідним пунктом має бути згадане вище рішення у справі «Х. проти Сполученого Королівства» (п. 52–59), в якій Суд встановив, що судовий контроль, здійснений у процесі провадження *habeas corpus*, був недостатній для цілей пункту 4 статті 5, оскільки не охоплював основних умов, які визначають «законність» затримання особи на підставі наявності в ней психічного розладу, а отже, не дав змоги вирішити по суті питання про те, наскільки сталим і тривалим був психічний розлад. Суд не вважає переконливим аргумент Уряду стосовно неподібності справи Х. до цієї справи, оскільки в першій ішлося про затримання на підставі законодавчого положення: Уряд не посилився на жоден прецедент і не подав ніяких додаткових матеріалів, які б засвідчували, що судовий контроль, здійснюваний на підставі загальноправового принципу необхідності, справді є більш прискіпливим.

138. Суд також не вважає переконливим посилання Уряду на розвиток «суперведнесберських принципів» щодо судового контролю у період до набрання чинності Законом 1998 року про права людини у жовтні 2000 року. Ці принципи було окреслено і застосовано в рішенні, яке національний суд ухвалив у згаданій вище справі «Рег. проти Міністерства оборони», *ex parte* Сміт. Під час розгляду подальшого клопотання, поданого тим самим заявником до Суду, було встановлено, що, навіть якби його основні скарги з посиланням на статтю 8 Конвенції були розглянуті на національному рівні, планка, яку мали подолати суди, щоб визнати нерозумною оскаржувану політику заборони гомосексуалам служити в збройних силах, була такою високою, що виключала будь-яку реальну можливість розглянути на національному рівні питання стосовно того, чи було втручання у права заявитика необхідним у демократичному суспільстві і чи було воно пропорційним з огляду на інтереси національної та громадської безпеки — основні принципи розгляду Судом скарг, поданих із посиланням на статтю 8 Конвенції. Тому Суд дійшов висновку, що судовий контроль, навіть із застосуванням «суперведнесберського підходу», не міг бути для п. Сміта — на порушення його прав, передбачених статтею 8, — ефективним засобом правового захисту (у значенні статті 13) (див. згадане вище рішення Суду у справі «Сміт і Грейді проти Сполученого Королівства», п. 35, 129–139).

139. На думку Суду, для цілей пункту 4 статті 5 так само можна зробити висновок (*lex specialis* порівняно з вимогами статті 13 з позиції права на судовий контроль за законністю затримання — «Ніколова проти Болгарії» (*Nikolova v. Bulgaria*) [GC], № 31195/96, п. 69, ECHR 1999-II), що в період, коли національні суди розглядали справу заявитика, планка «нерозумності», навіть за умови застосування «суперведнесберських принципів» щодо судового контролю, була такою високою, що це виключало будь-яку можливість належно розглянути по суті клінічні висновки про сталість і тривалість проявів

психічної хвороби, на підставі яких здійснювалася примусова госпіталізація. Це фактично підтверджив апеляційний суд у справі, в якій пацієнт оспорював необхідність лікування (згадане рішення у справі *R. (R. (Wilkinson) v. the Responsible Medical Officer Broadmoor Hospital)*, пункт 63 вище) і в якій цей суд дійшов висновку, що до інкорпорації судовий контроль, який здійснювався з дотриманням «supercedence principle», стосовно рішень, ухвалених на підставі принципу необхідності, не був достатньо прискіпливим, щоб становити належний розгляд відповідних медичних рішень по суті.

140. На цих підставах Суд, на противагу позиції Уряду, вважає, що судовий контроль і процедура *habeas corpus* не задовольняли вимог пункту 4 статті 5. Отже, немає необхідності розглядати додаткові аргументи заявитика на підтвердження його скарги, що ці процедури не задовольняли вимог цієї статті, зокрема через те, що покладали тягар доведення на «затриманого» або не забезпечували «періодичного контролю» через «розумні проміжки часу» «без зволікання».

141. Уряд також, не уточнюючи, стверджував, що невдоволений пацієнт мав змогу вчинити цивільний позов щодо компенсації за допущену недбалість, неправомірне позбавлення свободи та/або щодо зловживання осіб (фізичного насильства), чиї дії, «не виключено», могли бути для лікарні «вправданням лікування» пацієнта без його згоди. Крім того, без будь-якої конкретизації Уряд стверджував, що заявник також мав змогу-domогтися застосування Високим судом декларативної юрисдикції.

Проте заявник не стверджував, що відповідні медичні працівники виявили недбалість, але вважав їхні діагнози хибними. Під час слухання за його скарою щодо неправомірного ув'язнення і насильства суд не розглядав будь-яких показань експертів жодної зі сторін і не вдавався до оцінок даних експертизи, як і не посилається на вже розглянуті у відповідний період справи, в яких здійснювався такий судовий контроль з переглядом справи по суті. Маючи на увазі звернення до Високого суду з клопотанням про винесення декларативної ухвали, Уряд не посилається на рішення в тих чи інших справах, розгляд яких відбувався приблизно у відповідний період і в яких Високий суд погодився з наявністю «серйозного питання, яке може і має бути виріщено в судовому порядку» в ситуації, подібній до цієї справи, в якій пацієнта було повторно госпіталізовано і «затримано» з метою його обстеження і лікування (яке не мало виняткового характеру) на підставі узгодженого висновку медичних працівників про необхідність госпіталізації (див., зокрема, Практичні рекомендації та настанови 2001 року, пункт 73 вище).

142. З огляду на викладені обставини, Суд дійшов висновку, що заявник не мав змоги скористатися процедурою, яка б задовольняла вимоги пункту 4 статті 5 Конвенції. Отже, було допущено порушення цього положення.

ІІІ. СТВЕРДЖУВАНЕ ПОРУШЕННЯ СТАТТІ 14, ВЗЯТОЇ У ПОЄДНАННІ ЗІ СТАТТЕЮ 5 КОНВЕНЦІЇ

143. Заявник також скаржився, посилаючись на статтю 14, взяту в поєднанні зі статтею 5 Конвенції, що зазнав дискримінації як «неформальний пацієнт». У статті 14 проголошено:

«Здійснення прав і свобод, викладених у цій Конвенції, гарантується без будь-якої дискримінації за ознакою статі, раси, кольору шкіри, мови, релігії, політичних чи інших переконань, національного або соціального походження, належності до національних меншин, майнового стану, народження або інших обставин».

144. Погоджуючись, що скарги заявитика належать до сфери застосування статті 5, Уряд, однак, стверджував, що поводження із заявитиком не містило ознак дискримінації. На думку Уряду, між неформальними пацієнтами та особами, які підлягали примусовій госпіталізації, є об'єктивна розумна відмінність, а між засобами, обраними для регулювання обох ситуацій, та легітимними цілями, що ставилися при цьому, є вмотивований пропорційний взаємозв'язок. Заявник твердив про дискримінаційну відмінність у підходах до недієздатних пацієнтів залежно від того, поступливі вони чи не поступливі. Лише останню категорію осіб лікували в примусовому порядку, надаючи всі гарантії захисту, передбачені Законом 1983 року.

145. Суд вважає, що ця скарга не порушує жодного питання, яке потребувало б окремого аналізу, крім того, що його Суд здійснив у світлі пунктів 1 і 4 статті 5 Конвенції, встановивши порушення положень, які в них містяться. З цієї причини Суд не вбачає необхідності розглядати ще й скаргу, подану з посиланням на статтю 14, взяту в поєднанні зі статтею 5 Конвенції.

ІV. ЗАСТОСУВАННЯ СТАТТІ 41 КОНВЕНЦІЇ

146. У статті 41 Конвенції зазначено:

«Якщо Суд визнає факт порушення Конвенції або протоколів до неї і якщо внутрішнє право відповідної Високої Договірної Сторони передбачає лише часткову компенсацію, Суд, у разі необхідності, надає потерпілій стороні справедливу сatisфакцію».

A. Моральна шкода

147. Заявник вимагав компенсації за моральну шкоду в розмірі 10 000 фунтів стерлінгів у зв'язку з порушеннями пунктів 1 і 4 статті 5 Конвенції. Він нагадав, що його скарги з посиланням на пункт 1 статті 5 мали здебільшого матеріально-правовий характер. Щодо пункту 4 статті 5 Конвенції, він стверджував, що Суд має дотримуватися підходу, застосованого в кількох справах, у яких компенсацію за моральну шкоду через душевні страждання і безнадію було присуджено, навіть незважаючи на висновок про те, що заявитик

не зазнав незаконного затримання, чи про відсутність матеріально-правового порушення (зокрема, справи «Делбек проти Франції» (*Delbec v. France*) від 18 червня 2002 року, № 43125/98, п. 42, та «Лайдін проти Франції» (№ 1) (*Laidin v. France*) (no. 1) від 5 листопада 2002 року, № 43191/98, п. 34). Уряд стверджував, що висновок про порушення пунктів 1 і 4 статті 5 Конвенції становитиме достатню справедливу сatisфакцію.

148. Суд нагадує, що встановлені порушення пунктів 1 і 4 статті 5 мають процесуальний характер. У згаданому вище рішенні у справі «Ніколова проти Болгарії» (п. 76) питання про присудження компенсації за моральну шкоду було порушене в контексті процесуальних порушень пунктів 3 і 4 статті 5 Конвенції. Суд зазначив також, що в деяких ухвалених ним раніше рішеннях він присудив порівняно незначні суми компенсацій за моральну шкоду, але в аналогічних справах, які Суд розглянув нещодавно, він відмовився прийняти такі вимоги (зокрема, рішення у справі «Повель проти Бельгії» (*Pauwels v. Belgium*) від 26 травня 1988 року, серія A, № 135, п. 46; «Броуган та інші проти Сполученого Королівства» (*Brogan and Others v. the United Kingdom*) від 30 травня 1989 року (стаття 50), серія A, № 152-B, п. 9; «Губер проти Швейцарії» (*Huber v. Switzerland*) від 23 жовтня 1990 року, серія A, № 188, п. 46; та «Гуд проти Сполученого Королівства» (*Hood v. the United Kingdom*) [GC], № 27267/95, п. 84–87, ECHR 1999-I).

Рішенням у справі Ніколової Суд пішов далі, рекомендувавши окреслений ним у деяких із цих справ принцип, згідно з яким справедлива сatisфакція може бути присуджена лише у зв'язку зі шкодою, завданою позбавленням свободи, якої заявник не зазнав би, якби мав можливість скористатися захистом, гарантованим пунктами 3 і 4 статті 5. У тому рішенні Суд також підтверджив, що не робитиме припущення щодо того, чи мало б місце затримання заявниці, якби не було допущено порушення Конвенції. Тому Суд у справі Ніколової постановив, що висновок про порушення становив достатню справедливу сatisфакцію за будь-яку фрустрацію, якої зазнала заявниця у зв'язку з відсутністю належних процедурних гарантій.

149. Суд не вбачає підстав відхилятися від позиції, яку він окреслив рішенням у справі Ніколової стосовно справедливої сatisфакції за будь-які душевні страждання та безнадію, яких зазнала заявниця внаслідок виявлених процедурних порушень прав, гарантованих статтею 5 Конвенції.

Компенсації за моральну шкоду у згаданому вище рішенні у справі «Гатчісон Рейд проти Сполученого Королівства» та в деяких французьких справах, на які посилився заявник, були призначені у зв'язку зі встановленням, зокрема, фактів безпідставного зволікання національними судами із розглядом клопотань про звільнення з-під варти. Це збігається з умовами призначення компенсації за моральну шкоду на підставі висновку про невиправдані затримки, зробленого у світлі пункту 1 статті 6 Конвенції: незважаючи на процедурний характер такого порушення, визнається можливість причинно-наслідкового зв'язку між порушенням (зволіканням) і

Н. Л. проти Сполученого Королівства

стверджуваною моральною шкодою (див. нещодавнє рішення у справі «Мітчелл і Голловей проти Сполученого Королівства» (*Mitchell and Holloway v. the United Kingdom*) від 17 грудня 2002 року, № 44808/98, п. 69).

150. Отже, Суд вважає, що висновок про порушення пунктів 1 і 4 статті 5 Конвенції становить достатню справедливу сatisфакцію.

В. Судові витрати

151. Заявник вимагав відшкодувати йому судові витрати, розмір яких становить приблизно 40 000 фунтів стерлінгів. Уряд вважає ці суми надмірними.

Заявник вимагав 20 000 фунтів стерлінгів (без урахування податку на додану вартість — ПДВ) як компенсацію за представницькі послуги королівського адвоката під час усного провадження в Страсбурзі. Він також вимагав 12 161 фунт стерлінгів 25 пенсів (разом із ПДВ) за роботу, виконану помічником адвоката; відповідний рахунок містить перелік послуг, наданих ним із моменту подання клопотання і до етапу слухання справи, із зазначенням їх вартості — 150 фунтів стерлінгів за годину; тривалість роботи становила 113 годин. Уряд не заперечував з приводу доручення справи двом адвокатам, але вказував на можливе дублювання роботи. Крім того, Уряд вважав надмірною суму, заявлену за послуги королівського адвоката, вказавши, що заявник не подав жодного рахунку чи іншого відповідного документа на її підтвердження. З клопотання випливало, що, якщо погодинна ставка становила 200 фунтів стерлінгів, королівський адвокат вимагав гонорар за 100 годин роботи, яка полягала виключно в представництві заявитика на усному провадженні. Щодо гонорарів помічникові адвоката, Уряд вважав його погодинну ставку надмірною і не погоджувався з тим, що справа потребувала 113 годин його роботи. На думку Уряду, для компенсації витрат на всі гонорари адвоката було достатньо загальної суми 20 000 фунтів стерлінгів (разом із ПДВ).

Крім того, заявник вимагав 4 542 фунти стерлінгів 55 пенсів (разом із ПДВ) як компенсацію витрат на гонорари соліситорам. Уряд визнав суму прийнятною.

152. Суд нагадує, що він має переконатися, що судові та інші, пов'язані з провадженням, витрати, компенсації яких вимагає заявитик, були фактичними, необхідними і в розумних межах (див., серед інших справ, «Вітолльд Літва проти Польщі» (*Witold Litwa v. Poland*), № 26629/95, п. 88, ECHR 2000-III). Незважаючи на те, що заявитик не подав жодного документа на підтвердження гонорарів королівського адвоката («Циборек проти Польщі» (*Ciborek v. Poland*) від 4 листопада 2003 року, № 52037/99, п. 63), Суд визнає можливість понесення заявитиком певних витрат у цьому зв'язку, оскільки адвокат справді був присутній і виступав на усному провадженні в Страсбурзі від імені заявитика (див. «Мігон против Польщі» (*Migoń v. Poland*) від 25 червня 2002 року, № 24244/94, п. 95). Щодо помічника адвоката, Суд зважає на його

участь з моменту подання заяви, але зазначає, що деякі суттєві скарги, подані з посиланням на статті 3, 8 і 13, було оголошено неприйнятними (згадане вище рішення у справі Ніколою, п. 79). Суд також бере до уваги детальний перелік послуг, наданих соліситорами заявитика, та відповідних витрат, а також те, що Уряд погодився з цією вимогою.

153. З огляду на викладені обставини, Суд вважає за можливе компенсувати заявитикові судові витрати в розмірі 29 500 євро (разом із ПДВ), вирахувавши 2 667 євро 57 центів, отриманих ним від Ради Європи як правова допомога. Таким чином, остаточна сума компенсації становить 26 832 євро 43 центи, конвертованих у фунти стерлінгів за курсом на день постановлення цього рішення.

C. Відсотки в разі несвоєчасної сплати

154. Суд вважає, що в разі несвоєчасної сплати мають бути нараховані відсотки в розмірі граничної кредитної ставки Європейського центрального банку плюс три відсоткові пункти.

НА ЦИХ ПІДСТАВАХ СУД ОДНОГОЛОСНО

1. *Постановляє*, що було допущено порушення пункту 1 статті 5 Конвенції у зв'язку з відсутністю захисту від свавільного затримання.
2. *Постановляє*, що було допущено порушення пункту 4 статті 5 Конвенції.
3. *Постановляє*, що ці висновки про порушення становлять достатню справедливу сatisфакцію за будь-яку моральну шкоду, завдану заявитикові.
4. *Постановляє*,
 - a) що упродовж трьох місяців від дня, коли це рішення стане остаточним згідно з пунктом 2 статті 44 Конвенції, держава-відповідач повинна виплатити заявитикові 29 500 (двадцять дев'ять тисяч п'ятсот) євро як компенсацію за судові витрати (разом із ПДВ), вирахувавши 2 667 євро 57 центів, отриманих від Ради Європи як правова допомога, — в остаточному розрахунку 26 832 євро 43 центи, конвертовані у фунти стерлінгів за курсом на день постановлення цього рішення; і
 - b) що зі спливом зазначених вище трьох місяців і до остаточного розрахунку на названу суму нараховуватиметься простий відсоток у розмірі граничної кредитної ставки Європейського центрального банку, яка діє упродовж періоду прострочення виплати, плюс три відсоткові пункти.
5. *Відхиляє* решту вимог заявитика щодо справедливої сatisфакції.

Учинено англійською мовою і повідомлено письмово 5 жовтня 2004 року, відповідно до пунктів 2 і 3 правила 77 Регламенту Суду.

H. L. проти Сполученого Королівства

Підпис: Майкл О'Бойл,
секретар

Підпис: Матті Пеллонпя,
голова