

ТЕОРІЯ ТА ІСТОРІЯ ДЕРЖАВИ І ПРАВА; ІСТОРІЯ ПОЛІТИЧНИХ І ПРАВОВИХ УЧЕНЬ

УДК 343.6

DOI <https://doi.org/10.32838/1606-3716/2020.4/01>

Клименко О.В.

Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського

Патратій О.В.

Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ІНСТИТУТУ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

Дана стаття присвячена вивченню та оцінці застосування норм примусу медичного характеру в різні історичні періоди, починаючи з часів Київської Русі, коли знання про психічні захворювання базувалися виключно на релігійних уявленнях. Визначено, що медична допомога психічно хворим особам не надавалася до появи окремої галузі науки – психіатрії. Суттєві зрушення відбулись в XVII ст., коли були створенні перші психіатричні заклади, де хворим особам почали надавати певну психіатричну допомогу. У XIX ст. відбулася перша спроба законодавчого закріплення примусових заходів медичного характеру. У радянський період цей інститут ще не мав сучасного гуманного вигляду. Він відзначився відсутністю контролю суду за дотриманням прав людини при наданні примусової психіатричної допомоги. З прийняттям Кримінального кодексу України у 2001 р., інститут примусових заходів медичного характеру зазнав значних змін. Новий Кримінальний кодекс у своїй Загальній частині закріпив Розділ XIV «Інші заходи кримінально-правового характеру», в якому поєднав примусові заходи медичного характеру та примусове лікування в цілісний інститут. Виявлено, що в радянські часи держава не ставила перед собою ціль реалізовувати основоположне право людини на охорону здоров'я, а тільки забезпечити безпеку у суспільстві через репресивне відношення до цього питання. Дії держави зводилися тільки до ізоляції хворих, а не до боротьби з захворюванням. Влада в радянський період не змогла створити систему ефективного примусового лікування. Сучасного вигляду захід примусового лікування набув саме з прийняття Кримінального кодексу України 2001 р., який суттєво його змінив.

Ключові слова: заходи суспільної безпеки, примусові заходи медичного характеру, примусові заходи медичного впливу, види примусових заходів медичного характеру, примусове лікування.

Постановка проблеми. Становлення інституту примусових заходів медичного характеру відбувалося впродовж багатьох років, починаючи з часів Київської Русі. Розгляд історії формування та розвитку даного інституту допоможе краще зрозуміти його правову природу. При дослідженні цього інституту доцільно звернути увагу на формування кримінального законодавства загалом та психіатрії як науки, яка тісно пов'язана з цим інститутом. Це допоможе прослідкувати здобутки психіатрії і те, як вони законодавчо закріплювалися на різних історичних етапах. Також можна

побачити те, якою була реакція державних органів на вчинення злочинів психічно хворими особами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Дослідженням примусових заходів медичного характеру в теорії кримінального права займалися такі вчені: О.В. Беклеміщев, С.О. Беклеміщев, А.Я. Берш, Е.Л. Бікгімеров, Є.М. Вечерова, І.В. Жук, В.Р. Ілейко, М.М. Книга, О.В. Козаченко, Л.О. Кригіна, Д.Р. Лунц, Г.В. Морозов, А.А. Музика, В.Б. Первомайський, І.В. Самощенко, І.М. Тяжкова, А.І. Цубера, С.Л. Шаренко, О.В. Юношев, О.О. Ямкова, А.М. Ященко.

Постановка завдання. Метою статті є дослідження особливостей правового застосування примусових заходів медичного характеру на різних історичних етапах.

Виклад основного матеріалу дослідження. У різні періоди становлення суспільства існували досить суперечливі підходи щодо правового стану психічно хворих осіб і заходів, що до них застосовувалися. Довгий час психічні хвороби мали релігійне тлумачення, що майже унеможливило надання хворій особі необхідної допомоги. З розвитком суспільства, методи впливу та лікування психічно хворих осіб зазнавали значних змін і ставали все більш дієвими та гуманними.

Перші згадування про душевно хворих осіб та застосування до них певних дій з'являються у Київській Русі у 988 р. Були створені положення, які установлювали спільну опіку над хворими, каліками й убогими. Наприклад, князем Володимиром було видано статут про церковні суди, де визначалось, що розглядалися у церковних судах не тільки справи сімейні та про злочини, а й про людей, які були у церковному відомстві (чаклуни, чарівники). До церковного відомства стали відносити вдів, сиріт, сліпих, лікарів та самі лікарні. [6, с. 6]. До цих осіб застосовувалися церковні методи лікування (молитви та ін.), а піклувалися про них служителі церкви. Медичні засоби тоді при лікуванні ще не застосовувалися. Хоча зазвичай такі церковні методи були досить гуманними, але все ж були випадки катування психічно хворих і їх спалення.

Не завжди засоби лікування, які застосовувалися до хворих, відповідали їх стану здоров'я. Ці засоби зазвичай обиралися з огляду на поведінку таких осіб і їх висловлювання, не беручи до уваги ситуації нерозпізнаних душевних хвороб, які в той час дуже часто траплялися. Хворі особи, які активно висловлювалися проти держави, потрапляли на шибеницю або вогнище. Особи, поведінка яких відзначалася буйством і агресією, потрапляли до в'язниці, а особи з нечіткою та незрозумілою мовою вважалися святими.

У X–XI ст. ставлення до психічно хворих було більш гуманне, сильного їх переслідування не спостерігалось. Якщо така особа вчиняла вбивство чи розбій і не визнавалася винною, вона поміщувалася в монастир для того, щоб з неї «вигнали біса».

У текстах Стоглавого собору 1551 р. згадується, що через поведінку душевно хворих осіб погіршується життя звичайних людей, і тому такі особи поміщуються у монастирі щоб не заважати

здоровим людям і щоб вони отримували настанови та доведення істини [6, с. 8].

До початку правління Петра I ставлення до душевно хворих осіб і засоби, які застосовувалися до них державою, були дещо суперечливі та непослідовні та загалом характеризувалися уявленням про «одержимість бісом». В історії вітчизняної психіатрії цей період розглядається як період монастирського піклування над психічно хворими.

До другої половини XVII ст. за скоєння злочину застосовували положення Руської правди, Магдебурзького права та Литовські статuti, а в Запорозькій Січі – козацьке право. На основі цих приписів здійснювали спробу запровадити примусові заходи лікувального характеру щодо психічно хворих осіб. Перші законодавчі положення щодо такого лікування були закріплені в «Новоуказных статьях о татевных, разбойных и убийственных делах» у 1669 р., в яких зазначалося, що психічно хвора особа, яка скоїла вбивство, не підлягає смертній карі та не можуть залучатися як свідки психічно хворі особи, діти та глухонімі [12]. Встановити факт наявності психічної хвороби і відповідальності такої особи намагалися встановити лише якщо вчинялися дуже тяжкі злочини, такі як злочини проти царського дому. При вчиненні таких злочинів відбувалися великі слідства, допити великої кількості свідків і підозрюваних. Нерідко застосовувалося катування таких осіб.

У XVIII ст. у вітчизняному законодавстві психічна хвороба винної особи розглядалася як обставина, яка пом'якшує або виключає покарання. Хоча психічна хвороба і розглядалася як обставина, що істотно впливає на призначення покарання, але про призначення примусових заходів медичного характеру мови не було. Мали місце також випадки призначення таким людям покарання у вигляді страти або довічного тюремного утримання.

Надалі було створено совісні суди та були видані закони про губернії, в яких зазначалося, що протиправні діяння, які вчиняються душевнохворими, мають розглядатися у таких судах.

Серйозним етапом створення інституту примусових заходів медичного характеру стало видання в 1722 р. Петром I Указу «О свидетельствовании дураков в Сенате». Ним на законодавчому рівні було закріплено проведення психіатричної експертизи. Спершу експертами виступали монахи, а потім ними вже стали лікарі [5].

До 1766 р. психічно хворих осіб, які вчиняли злочини, направляли до монастирів у примусовому порядку, а найнебезпечніших тримали там

у кайданах. Але у 1766 р. Катерина II прийняла спеціальний указ, яким наказала утримувати таких осіб з ними «с возможностью по человечеству умеренностью». Але, на жаль, це не покращило ставлення до душевно хворих осіб.

У другій половині XVIII ст. через відсутність відповідних лікувальних установ і достатнього нагляду за психічно хворими людьми траплялася велика кількість злочинів, вчинених ними. Через це державна влада була змушена застосовувати певні заходи охорони громадського порядку. Важливим внеском у справу визнання психічно хворих стала організація в 1775 р. наказів громадського піклування, до обов'язків яких входила турбота про будинки для психічно хворих. Відтоді на монастирі більше не покладался обов'язок піклування про таких людей. Надалі правовий стан психічно хворих, які вчиняли протиправне діяння, стало більш чітко окреслено в законодавстві.

На межі XVIII та XIX ст. розпочинається плавне зближення піклування над психічно хворими з іншими подібними медичними заходами. Проведення над психічно хворими опіки також було визначено сенатським Указом 1815 р.; за ним хворий офіційно визнавався божевільним.

У Зводі законів 1832 р. закріплювалося звільнення психічно хворих від кримінальної відповідальності не тільки за вбивство, а й за будь-які інші види злочинів, а також вперше згадувалося про примусове лікування осіб, які вчиняють вбивство у стані психічної хвороби. Вказаних осіб пропонувалося тримати і лікувати окремо від інших у спеціалізованих відділеннях будинків для психічно хворих [5].

У 1834 р. Державною Радою було визначено, що осіб які вилікувалися від психічної хвороби треба посвідчувати в тому ж порядку й у присутності тих же осіб, які проводили посвідчення раніше. Якщо при посвідченні підтверджувався факт повного видужання, то акт такого посвідчення подавався до Сенату на його ухвалення, після цього особа, признаній здоровою, визнавалася вільною. 18 лютого 1835 р. Сенат своїм указом затвердив посвідчення психічно хворих осіб у кримінальному процесі, але це положення застосовувалося лише до осіб, які вчиняли вбивство чи замах на нього. За цим указом посвідчення проводилося у спеціальних лікувальних управліннях, відповідно до правил, встановлених медичною радою. Особи, визнані психічно хворими, утримувалися і лікувалися в будинках для божевільних, де вони перенбували до повного видужання. Якщо протягом двох років не було помічено жод-

них ознак психічної хвороби, особа вважалася здоровою і виписувалася з лікарні [15, с. 25].

У XIX ст. в Європі почало розвиватися законодавство з питань судової психіатрії. У цей же період у вітчизняному законодавстві з'явилося поняття «неосудність». Це поняття включало в себе медичний і юридичний критерій і зазначалося у «Уложенні про покарання кримінальні та виправні». У 1885 р. воно було також використане в новому Уложенні де медичним критерієм слугували такі хвороби, як безумство від народження, божевільня, хвороба, що доводить до абсолютної безпам'ятності, старість або дряглість, лунатизм, глухонімота. Юридичний критерій неосудності також був неоднозначний і відрізнявся невизначеною характеристикою психічних розладів, що передбачають неосудність. Юридичне вирішення судово-психіатричних питань у XIX ст. продовжувало перебувати в компетенції «совісних судів», створених ще в період правління Катерини II. В організаційно-адміністративному аспекті опіку над психічно хворими було покладено на «Наказ суспільного піклування», в підпорядкуванні якого перебували «будинки для божевільних», відповідно до указу, також виданого ще в XVIII ст. У вітчизняній психіатричній літературі доволі ґрунтовно висвітлено становище психічно хворих осіб і стан опіки взагалі, що здійснювалася в будинках для психічно хворих, які були у віданні «Наказу суспільного піклування». У цих будинках хворі особи трималися, поділяючись лише за характером порушень поведінки. До неспокійних хворих застосовувалися заходи у вигляді зв'язування, вживання гамівних сорочок і ланцюгів [15, с. 32–35].

Посилення репресій після поразки революції 1905 р. супроводжувалося значним обмеженням судово-психіатричної експертизи в земських психіатричних лікарнях і передачею її в державні окружні лікарні, створені спеціально для проведення експертиз і перебування так званих «статейних хворих». У політичних процесах судова влада повністю нехтувала питаннями судово-психіатричної експертизи – психічно хворі засуджувалися до тюремного ув'язнення. Умови їх ув'язнення спричинювали різке погіршення психічного стану хворих і доводили до самогубств у в'язницях. Така ситуація призвела до того, що в 1910 р. на III з'їзді вітчизняних психіатрів було висловлено протест проти утримання в кайданах психічно хворих осіб у психіатричних лікарнях. У резолюції з'їзду були прийняті такі положення:

– судово-психіатричні відділення, крім відділень із посиленням наглядом, мають бути такі ж як звичайні психіатричні лікарні;

– у межах психіатричної лікарні застосування кайданів не допускається [1, с. 19–22].

Перенавантаження земських лікарень, складнощі утримання деяких психічно хворих осіб, призвели до того, що чимало психіатрів почали наполягати на створенні психіатричних відділень при лікарнях у в'язницях. Першим нормативно-правовим актом Радянської влади, що безпосередньо стосувався правового становища психічно хворих, була інструкція «Про огляд душевнохворих», видана в червні 1918 р. Народним Комісаріатом юстиції, яка регулювала взаємодію лікарських комісій із щойно створеними народними судами і встановлювала вимогу щодо участі представника народного суду в лікарських комісіях [6]. Ця інструкція регулювала порядок огляду осіб, що страждають психічними хворобами, для застосування або відміни опіки, й визначала необхідність використання висновків огляду народними судами. Прийняття цієї інструкції було виявом уваги держави до правового становища психічно хворих. У свою чергу, реформа тюремної нагляду передбачала способи виявлення психічно хворих осіб серед ув'язнених, уже 08 травня 1919 р. було прийнято Наркоматами охорони здоров'я і юстиції спеціальне «Положення про психіатричну експертизу», щодо огляду психічно хворих і осіб, які підозрюються у розладі психічного здоров'я. Положення закріплювало можливість виносити постанови про переведення психічно хворих у психіатричні лікарні або про їх передання на поруки, а також про дострокове звільнення засуджених, що мають певні ознаки психічної хвороби. Направлення у психіатричну лікарню осіб, що вчинили злочин, у перші роки Радянської влади траплялося достатньо не часто, у зв'язку із цим певна частина хворих осіб, перебувала у тюремних лікарнях [1, с. 19–22].

За радянським кримінальним законодавством виключалася можливість покарання особи, яка вчинила суспільно-небезпечне діяння у стані неосудності. Наприклад, Керівні засади у сфері кримінального права РРФСР 1919 р. радили застосовувати до таких осіб лише примусові заходи і заходи застереження. У 1921 р. при Пречистинській психіатричній лікарні в Москві був створений Інститут судово-психіатричної експертизи. Надалі він набув провідної ролі у розвитку радянської судової психіатрії.

У 1924 р. в Києві була створена консультативна психіатрична допомога в місцях ув'язнення. До її функцій входила лікувальна та психопрофілактична робота з ув'язненим, а також виявлення осіб, щодо яких необхідно провести судово-психіатричну експертизу [6].

Ст. 7 Основних началах кримінального законодавства СРСР і союзних республік 1924 р. виділяла поняття «хворобливі стани», а також доповнила юридичний критерій вольовою ознакою, тобто необхідно було підтверджувати неспроможність особи керувати своїми діями. Основними началами також були передбачені певні заходи соціального захисту, метою яких було попередження вчинення злочинів, унеможливлення вчинення нових злочинів суспільно-небезпечними особами та виправно-трудоий вплив на засуджених осіб [10]. Тоді лікування психічно хворих не було основною метою заходів медичного характеру.

Тільки у ст. 11 КК РРФСР 1926 р. і ст. 10 КК УРСР 1927 р. уперше був точно встановлений зв'язок між обома критеріями неосудності, що вказував на те, що юридичний (психологічний) критерій відповідає цілям судово-психіатричної оцінки всіх форм психічних розладів, який характеризує такий ступінь психічних змін, що виключає осудність.

Наступну сходинку у розвитку примусових заходів медичного характеру можна віднести до 1935 р. Тоді у спеціальній Інструкції Народного комісаріату охорони здоров'я і Народного комісаріату юстиції було розглянуто питання щодо призначення та припинення примусового лікування. Вирішення цих питань відносилось до функції судів при умові проведення обов'язкової судово-психіатричної експертизи, що передувала рішенням суду. Було визначено таке коло осіб, яким суд міг призначити такий захід, а саме:

- особи, котрі вчинили злочин і мають певний психічний розлад;
- особи, які були психічно хворими до моменту розгляду їх справи у суді;
- особи, що захворіли на психічну розлад після вчинення злочину;
- особи, які захворіли на психічну хворобу до моменту розгляду їх справи в суді та під час відбування покарання.

Припинення примусового лікування здійснювалось з моменту на підставі постанови спеціальної комісії лікарів, утвореної головним лікарем установи, де особа проходить

лікування, з наступним затвердженням цієї постанови судом. Загальносоюзне закріплення примусового лікування було визначено тільки в 1948 р. Інструкцією «Про порядок застосування примусового лікування та інших заходів медичного характеру відносно психічно хворих, що вчинили злочин». У цій інструкції лікування було розділене на примусове лікування в загальних психіатричних лікарнях і в лікарнях спеціального типу. Також нею закріплювалося проведення повторного огляду хворої особи не рідше одного разу на шість місяців, встановлення нагляду прокурора за дотриманням закону при здійсненні примусового лікування, проведення лікування хворого на загальних підставах і нагляд районного психіатра для менш небезпечних осіб. З прийняття цієї Інструкції, ефективність примусових заходів медичного характеру значно зросла.

КК УРСР 1960 р. визначав у ст. 13 такі види примусових заходів медичного характеру, як:

- примусове лікування у психіатричній лікарні загального типу;
- примусове лікування у психіатричній лікарні спеціального типу;
- передача хворого на опіку органам охорони здоров'я, родичам чи опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.

Міністерство охорони здоров'я СРСР у 1967 р. затвердило Інструкцію про порядок застосування примусового лікування й інших заходів медичного характеру щодо психічно хворих, що вчинили суспільно небезпечні діяння. Нею визначалася процедура призначення, проведення та припинення примусового лікування та інших заходів медичного характеру, а також здійснення контролю за проведенням цих заходів [11, с. 66].

У 1988 р. до КК УРСР в ст. 13 було внесено зміни, відповідно до яких були виділені такі види примусових заходів медичного характеру, як:

- поміщення до психіатричної лікарні зі звичайним наглядом;
- поміщення до психіатричної лікарні з посиленим наглядом;
- поміщення до психіатричної лікарні з суворим наглядом [13, с. 64].

У ч. 2 ст. 13 КК УРСР визначалося, що суд призначає вид примусового заходу медичного характеру залежно від психічної хвороби особи, характеру та ступеня суспільної небезпечності вчиненого нею діяння.

22 лютого 2000 р. було прийнято ще один нормативно-правовий акт, який вплинув на

становлення сучасного інституту примусових заходів медичного характеру, а саме Закон України «Про психіатричну допомогу», яким було визначено правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлено обов'язки органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентовано права й обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади [9].

Верховною Радою 5 квітня 2001 р. був прийнятий новий КК України в Загальній частині якого було виділено Розділ XIV Інші заходи кримінально-правового характеру, в якому поєднав примусові заходи медичного характеру та примусове лікування в цілісний інститут. На відміну від примусового лікування, чинний КК приділив більшу увагу саме примусовим заходам характеру, визначивши їх поняття, мету, коло осіб, до яких вони можуть застосовуватися, їх види, а також продовження, зміну та припинення. На відміну від чинного КК України, КК УРСР 1960 р. містив лише одну статтю (ст. 13), що регулювала порядок застосування примусових заходів медичного характеру. Наявність у КК 2001 р. цілого розділу, який регулює це питання, є дійсно позитивним моментом, адже побудова правової держави потребує забезпечення законного й обґрунтованого застосування різних правових інститутів, особливо тих, які пов'язані з обмеженнями прав і свобод людини.

Свій розвиток інститут примусового лікування бере з 1927 р. з прийняттям КК. Тоді цей інститут був направлений на боротьбу саме з наркоманією. Відповідно до КК 1927 р. примусове лікування визначалося заходом соціального захисту медичного характеру, а правила примусової госпіталізації почали поширюватися на осіб хворих на наркоманію. Але, визначена мета примусового лікування мала формалістичний характер та насправді зводилася за своєю суттю до звичайного позбавлення волі. Примусовому лікуванню від наркоманії підлягали особи, які мали встановлений діагноз «хронічна наркоманія» і відповідно поміщувались до лікувально-профілактичних закладів на період від 6 місяців

до двох років. Таке лікування передбачало ізоляцію хворої особи від суспільства на дійсно не малий термін, що дуже було схоже саме на покарання. Зазвичай режим у таких лікувальних установах був подібний на режим у місцях, де відбувають покарання у вигляді позбавлення волі. До таких закладів могли бути направлені не лише особи, що вчиняли злочини, а й особи, які просто уникали добровільного лікування хронічної наркоманії [3].

Насправді лікувально-профілактичні заклади були трудовими закладами з воєнізованою охороною, режимом як у виправній колонії, та з можливістю примусового притягнення до праці. Зазвичай лікування в таких закладах було не дуже ефективним, адже рівень медицини, яка застосовувалася, був дуже низьким. Таким чином держава намагалася відгородити осіб хворих на наркоманію від суспільства та скористатися їх працею. Реальна мета примусового лікування не здійснювалася.

Права осіб хворих на наркоманію були значно обмежені через заборону оскарження в суді рішення про призначення примусового лікування, про продовження строку утримання в закладі через ухилення від лікування та про зменшення строку знаходження у лікувальному закладі. Також не було передбачено участі захисника при вирішенні питання про призначення такого лікування у суді. Можливість призначення примусового лікування хворих на наркоманію водночас з покаранням за скоєний злочин, досить довгий час мала місце у вітчизняному кримінальному законодавстві.

КК УРСР 1960 р. у ст. 14 закріпив, що суд незалежно від призначеного кримінального покарання міг направити на примусове лікування особу, яка засуджена за злочин, скоєний на ґрунті алкоголізму або наркоманії [4].

Примусове лікування такого кола осіб може здійснюватися залежно від виду кримінального покарання, а саме в місцях позбавлення волі чи у спеціальних медичних закладах (лікувально-трудовах закладах). Рішення про припинення примусового лікування від наркоманії або алкоголізму приймається судом в порядку, який встановлений КПК України [16, с. 439].

У КК 1960 р. вже можна стверджувати про те, що в його нормах закладена мета вилікувати особу хвору на наркоманію та запобігти вчиненню такою особою злочинних діянь.

З 1970 р. примусове лікування як захід державного примусу стало практикуватися частіше.

Кількість закладів, які здійснюють таке лікування, значно зросла.

Міністерства охорони здоров'я та Міністерства внутрішніх справ СРСР у 1988 р. спільним наказом затвердили Інструкцією «Про порядок виявлення та обліку осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних та інших засобів, що тягнуть одурманення, оформлення та направлення на примусове лікування хворих на наркоманію» передбачалася можливість оскарження поставленого діагнозу, як «опійна наркоманія» та «токсикоманія». Ця можливість оскарження діагнозу реалізовувалася тільки у медичних закладах в адміністративному порядку, а оскарження в судовому порядку не передбачалось.

25 жовтня 1990 р. Комітетом з конституційного нагляду СРСР було надано Висновок «Про законодавство, що регулює питання примусового лікування та трудового перевиховання осіб, які мають алкогольну та наркотичну залежність». У цьому висновку були сформульовані положення, що забороняли призначення примусового лікування щодо осіб, які хворі на наркоманію. Цей Висновок підтвердив неможливість притягнення до кримінальної відповідальності осіб хворих на наркоманію, та створив ґрунт для дискусій щодо необхідності примусового лікування тих осіб, хворих на наркоманію, які вчиняють злочини через свою хворобу.

З прийняттям КК у 2001 р. інститут примусового лікування зазнав значних змін. Новий КК у ст. 96 закріпив, що примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб [2].

У 2013 р. Верховною Радою було прийнято Закон України «Про внесення змін до Кримінального та Кримінального процесуального кодексів України стосовно виконання Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України», яким назва розділу XIV Загальної частини Кримінального кодексу була змінена і викладено в новій редакції: «Інші заходи кримінально-правового характеру» [8]. Саме тому інститут примусового лікування, визначений у ст. 96 КК України, зараз представлений як інший кримінально-правові захід, що повністю віддзеркалює його сутність і зміст.

Висновки. Становлення інституту примусових заходів медичного характеру зайняло великий період часу та пройшло різні історичні етапи.

Список літератури:

1. Беклеміщев О.В. Історія виникнення інституту примусових заходів медичного характеру: публікація. Харків : *Форум права*, 2007. С. 19–22. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2007-1/07bovzmx.pdf> (дата звернення 12.12.2018).
2. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25–26. Ст. 131.
3. Кримінальний кодекс УРСР 1927 р. (в редакції 1949 р.) Київ : Держполітвидав, 1950. 168 с.
4. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04.2012 р. № 4651-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17> (дата звернення 02.10.2018).
5. Курс уголовного права. Общая часть. Т. 2: Учение о наказании / под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. Москва : ИКД Зерцало М, 2002. 344 с.
6. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии : монография. Москва : «Медицина», 1966. 37 с.
7. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии : монография. Москва : Медицина, 1976. 336 с.
8. Про внесення змін до кримінального та Кримінального процесуального кодексів України стосовно виконання Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України : Закон України від 18.04.2013 р. № 222-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-18> (дата звернення 10.10.2018).
9. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення 02.10.2018).
10. Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР: 1917–1952 гг. / под ред. И.Т. Голякова. Москва : Гос. изд-во юрид. лит., 1953. 200 с.
11. Судебная психиатрия : учебник / под ред. Г.В. Морозова. Москва, 1978. 344 с.
12. Трахтеров В.С. Вменяемость и невменяемость в уголовном праве (исторический очерк) : учебное пособие. Харьков : Украинская юридическая академия, 1992. 102 с.
13. Уголовный кодекс Украины : научно-практический комментарий / отв. ред. С.С. Яценко, В.И. Шакурн. Киев : А.С.К., 1998. 1088 с.
14. Хохлов Н. Полный свод законов уголовных. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных : монография. Москва : Тип. Шпомен и Глушкова, 1867. 574 с.
15. Шаренко С.Л. Кримінально-процесуальні проблеми застосування примусових заходів медичного характеру : монографія. Харків : Право, 2002. 208 с.
16. Юношев О.В. Історія примусового лікування від наркоманії: кримінально-правовий аспект. *Форум права*. Київ, 2010. № 1. С. 434–440.

Klymenko O.V., Patraty O.V. DEVELOPMENTAL HISTORY OF THE INSTITUTION OF COERCIVE MEASURES OF MEDICAL NATURE

This article is devoted to the study and evaluation of the application of medical coercion in different historical periods, starting from the times of Kievan Rus' when knowledge about mental illness was based solely on religious beliefs. It is determined that medical care for mentally ill persons was not provided until the emergence of a separate branch of science – psychiatry. Significant changes took place in the XVII century when the first psychiatric institutions were established, where patients began to receive some psychiatric care. In the XIX century there was the first attempt to legislate coercive measures of medical nature. In the Soviet period, this institution did not yet have a modern humane aspect. Its hallmark was the lack of court control over the observance of human rights in the provision of compulsory psychiatric care. With the adoption of the Criminal Code of Ukraine in 2001, the institution of coercive measures of medical nature has undergone significant changes.

The new Criminal Code in its General Part enshrined the Section XIV “Other measures of a criminal law nature”, which combined coercive measures of medical nature and compulsory treatment into a holistic institution. It was found that at Soviet times the state did not set a goal of realizing the fundamental human right to health care, but only to ensure social security through a repressive attitude to this issue. The actions of the state were limited only to the isolation of patients, not to the fight against the disease. During the Soviet period the authorities failed to create a system of effective involuntary treatment. The measure of compulsory treatment acquired its modern form with the adoption of the Criminal Code of Ukraine in 2001, which significantly changed it.

Key words: social security measures, coercive measures of medical nature, coercive measures of medical effect, types of coercive measures of medical nature, compulsory treatment.