

**ВОЗМОЖНОСТИ  
ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ  
И РЕФОРМИРОВАНИЯ  
БОЛЬНИЧНОГО СЕКТОРА  
В ОБЛАСТИ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Гуляев С. Н., директор  
ОФ «Десента»  
Молчанов С. Н., к.м.н., директор  
ОФ «Врачи против наркотиков»



**г.Павлодар 2016г.**

# Аналитический отчет

## Содержание отчета

### Введение

I. Анализ национального законодательства Республики Казахстан, изучение стандартов оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи.

II. Анализ международных актов и законодательства развитых стран в области прав пациентов на психическое здоровье

III. Информация о практической стороне оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи в учреждениях здравоохранения. Экономическое обоснование внедрения мирового опыта альтернативных видов помощи вне стен «больших» психиатрических организаций

Выводы и рекомендации

Список использованных актов

### Введение

Данный Аналитический отчет выполнен в рамках проекта «Сделаем мир добрее!» Общественного фонда «Врачи против наркотиков», поддержанного Фондом Сорос-Казахстан.

Задача исследования, была сформулирована в проекте следующим образом: Изучить возможности деинституционализации и реформирования больничного сектора в области психического здоровья в РК.

Непосредственные задачи, поставленные перед исследователем:

1. Анализ национального законодательства Республики Казахстан, изучение стандартов оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи.

2. Анализ законодательства развитых стран и международных актов в этой области.

3. Сбор информации в учреждениях здравоохранения для уточнения ситуации по практике оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи.

Итоговым продуктом данного исследования стал настоящий Аналитический отчет, содержащий выводы и рекомендации по возможностям реформирования больничного сектора в области психического здоровья в РК.

Учитывая, что основной задачей исследования являлся вопрос о возможностях деинституализации, с точки зрения законодательства, приведем небольшую справку о том, что под этим понимается.

Деинституционализация — в широком смысле, это понятие, предложенное в рамках институциональной экономики<sup>1</sup>. Это процесс трансформации институтов или замены одних институтов другими.

Деинституционализация в психиатрии — это процесс реформирования психиатрической службы, начавшийся в ряде западных стран в 50-х годах XX века. Заключается в широкомасштабном сокращении числа психиатрических коек и психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи психически больным, выписываемым из психиатрических стационаров. Это должно предотвратить развитие у пациентов госпитализма, ущемление их прав и отрыв от общества. Деинституционализации во многом способствовало, в том числе и антипсихиатрическое движение.

Процесс деинституционализации включает в себя:

---

<sup>1</sup> Институциональная экономика — отрасль экономики, которая изучает роль общественных институтов в эволюционном экономическом процессе и в формировании экономического поведения, а также взаимообусловленность институциональных изменений с различными проблемами, изучаемыми экономической теорией. Термин и основные понятия институциональной экономики были введены в 1919 году Уолтоном Хамильтоном в его статье, опубликованной в *American Economic Review*.

- постепенное сокращение количества психиатрических больниц и койко-мест в них (в ряде стран — вплоть до полной ликвидации);
- развитие специальных служб для оказания помощи группе неинституционализированных больных психиатрического профиля;
- перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства;
- предотвращение возможных случаев поступления больных психиатрического профиля в стационар и направление их в различные альтернативные службы.

В основе деинституционализации лежит озабоченность по поводу неудовлетворительных условий содержания больных в государственных психиатрических больницах, стремление улучшить их материальное и социальное положение, а также сделать психиатрическую помощь более гуманной и более эффективной в медицинском и финансовом плане. Результатом деинституционализации является переход от институциональной психиатрии, которой свойственно множество недостатков, к неинституциональной.

Следует отметить, что в ходе данного исследования были проанализированы также отчеты, методические рекомендации и т.п., выполненные ранее другими НПО и организациями, в частности, «Методология деинституционализации медико-социальных учреждений и модели альтернативных социальных услуг лицам с проблемами ментального здоровья»<sup>2</sup>, Аналитический отчет по итогам исследования, выполненного ОО «Костанайское Городское Добровольное Общество Инвалидов», в рамках проекта «Учиться жить вместе» и другие.

Указанные и иные документы оказали существенную помощь при подготовке данного отчета. Вместе с тем, особенностью

---

<sup>2</sup> Книга - результат работы группы авторов Ассоциации социальных работников, инвалидов и волонтеров (ОО АСРИВ), работающих в сфере ментального здоровья и оказывающих медико-социальную поддержку людям с особыми потребностями с участием международного эксперта по социальной работе, доктора социальных наук г-на Жоль Бугарски. Проект выполнен при поддержке Фонда Сорос Казахстан в 2014-2015 г.г. под руководством Президента ОО АСРИВ к.м.н. Хакимжановой Г.Д.

данного исследования является, прежде всего, его попытка сделать правовой анализ.

## **I. Анализ национального законодательства Республики Казахстан, изучение стандартов оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи.**

Как, известно, согласно Закону Республики Казахстан от 24.03.1998 N 213-І «О нормативных правовых актах» (Ст. 4, п. 1), высшей юридической силой обладает Конституция Республики Казахстан. Поэтому свой анализ мы начинаем именно с Конституции. В основном законе Казахстана содержится несколько статей, представляющих интерес для данного исследования. В частности, статья 17, согласно которой: **1. Достоинство человека неприкосновенно. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию.**

Данная статья имеет важное значение, поскольку именно при проведении лечения возникают ситуации, связанные с угрозой для достоинства человека, когда применяемые методы лечения сопряжены с насильственными действиями в отношении пациентов. Именно поэтому появилось выражение «карательная психиатрия».

В статье 18 закреплены нормы, согласно которым: **1. Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и достоинства. 2. Каждый имеет право на тайну личных вкладов и сбережений, переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничения этого права допускаются только в случаях и в порядке, прямо установленных законом. 3. Государственные органы, общественные объединения, должностные лица и средства массовой информации**

**обязаны обеспечить каждому гражданину возможность ознакомиться с затрагивающими его права и интересы документами, решениями и источниками информации.**

К сожалению, на практике зачастую эти нормы нарушаются поскольку права пациента в лечебном учреждении ограничиваются. Прежде всего, это касается прав на неприкосновенность частной жизни, личную тайну, защиту своей чести и достоинства. Реализация этих прав затруднена как в силу субъективных причин – наличия психического расстройства/заболевания у пациента, так и в силу обстоятельств, зависящих от лечебного учреждения – компетентности персонала, его профессионализма, этики и т.п.

**Статья 29 гарантирует, что: 1. Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья. 2. Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. 3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.**

Данные гарантии, безусловно, крайне важны для любого гражданина, пациенты с психическими заболеваниями не являются исключением. На практике гарантия об охране здоровья часто не исполняется в силу того, что система здравоохранения рассматривает пациента не как человека, а как «получателя медицинских услуг». К сожалению, врач зачастую, в силу разных факторов (ограниченность во времени, узкая профессиональная специализация, отсутствие опыта и т.п.) не оценивает пациента во всей его совокупности – физические заболевания, психические заболевания, социум, образ жизни и т.п. Время на прием у врача, как правило, лимитировано. Соответственно, правильность поставленного диагноза часто оказывается под вопросом, как следствие – применяется неверное лечение.

В отношении права на получение бесплатного гарантированного объема медицинской помощи также много нареканий. Прежде всего, этот объем в большинстве случаев не покрывает полностью потребности пациента в медикаментах. Также, не обеспечивает получение именно тех лекарств, которые предписаны, предлагая их аналоги. Есть также вопросы по своевременности получения лекарств.

Наконец, в статье 34 устанавливается обязанность для каждого соблюдать Конституцию и законодательство Республики Казахстан, уважать права, свободы, честь и достоинство других лиц.

По иерархии нормативных правовых актов после Конституции следующим по силе видом нормативного правового акта в законодательстве является Кодекс. Рассмотрим подробно права, содержащиеся в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Следует отметить, что в Кодексе содержится отдельная Глава 20 – Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями). В статье 116 закреплено одно из основных прав - **Добровольность обращения за психиатрической помощью**. В частности, в п.2 указанной статьи говорится: психиатрическая помощь оказывается **при добровольном обращении лица с его письменного согласия**, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом. Также в п.3 читаем: **Несовершеннолетнему, а также лицу, признанному судом недееспособным, психиатрическая помощь оказывается с согласия их законных представителей** в порядке, предусмотренном настоящим Кодексом.

Таким образом, один из основополагающих принципов и прав - добровольность обращения за психиатрической помощью закреплен в национальном законодательстве.

Статья 117 - Ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности, содержит нормы, описывающие права граждан применительно к трудовым отношениям. В частности, в п.1 сказано, что гражданин может быть временно, с правом последующего переосвидетельствования, **признан непригодным вследствие психического расстройства (заболевания) к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, а также работы, связанной с источником повышенной опасности.**

Признание непригодности производится по решению врачебной комиссии, создаваемой в специализированной психиатрической медицинской организации, имеющей лицензию и (или) свидетельство об аккредитации на осуществление соответствующей экспертизы. В случае несогласия гражданина с решением данной комиссии оно может быть обжаловано в суд (*Часть вторая пункта 1 вводится в действие с 01.01.2017*).

На практике, к сожалению, диагноз о наличии психического заболевания (расстройства) часто является причиной, по которой человек теряет работу, либо не может трудоустроиться.

О защите прав и интересов граждан, которым оказывается психиатрическая помощь, говорится в статье 118. В частности, в п.1 сказано, что: Гражданин при оказании ему психиатрической помощи **вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов.** Пункт 2 говорит о том, что защиту законных интересов несовершеннолетнего или лица, признанного судом недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют **их законные представители.** Пункт 3 закрепляет норму, согласно которой: Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи осуществляет **адвокат или законный представитель.** Администрация организации, оказывающей психиатрическую помощь, обеспечивает возможность



приглашения адвоката, за исключением случаев, предусмотренных в части второй пункта 3 статьи 97 и пункте 5 статьи 123 Кодекса.

Ряд важных норм, которые также гарантированы международным законодательством, закреплен в статье 119 - Диагностика и лечение психических расстройств (заболеваний).

Так, согласно п.1 психиатрическая помощь оказывается врачом-психиатром. В соответствии с п. 2: Диагноз психического расстройства (заболевания) ставится врачом-психиатром в соответствии с клиническими проявлениями, лабораторными данными, объективными сведениями. **Лицу, госпитализированному в принудительном порядке, диагноз ставится комиссией врачей-психиатров.**

Крайне важной представляется следующая норма: **Диагноз не может основываться на несогласии граждан с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими и религиозными ценностями либо обосновываться иными причинами, непосредственно не связанными с состоянием его психического здоровья.**

Важность этой нормы подтверждена историческими примерами из недавнего прошлого, когда диагноз, связанный с психическими заболеваниями, ставился для того, чтобы устранить людей, имеющих альтернативную официальной точку зрения, изолировать их от общества, поместив в закрытые лечебные учреждения.

Еще одна норма, полностью соответствующая международному законодательству, закреплена в п. 3: Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), применяются медицинские средства и методы, **разрешенные законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.**

Международное законодательство категорически запрещает использование лечения для наказания пациента. Подобную норму мы находим в п.4: Медицинские средства и методы

применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и запрещаются для использования в виде наказания лица.

Следующая гарантия касается информации о состоянии здоровья пациента, она закреплена в п.5: Врач в течение сорока восьми часов с момента проведения психиатрического освидетельствования **предоставляет лицу, страдающему психическим расстройством (заболеванием),** если он может правильно воспринимать суть изложенной информации, или его законному представителю **письменную информацию о характере психического расстройства (заболевания), целях и методах лечения, а также данные о продолжительности рекомендуемого лечения, возможных болевых ощущениях, побочных эффектах и об ожидаемых результатах.**

Согласно п.6: Лечение лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), **производится после получения его согласия или его законных представителей,** за исключением случаев, предусмотренных в пункте 7 настоящей статьи.

Важный и сложный аспект – это лечение без согласия. В соответствии с п.7: Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), или без согласия его законного представителя **только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, установленным законодательством Республики Казахстан, а также при принудительной госпитализации по основаниям, предусмотренным пунктом 1 статьи 94 настоящего Кодекса.** В этих случаях, за исключением экстренной госпитализации, лечение осуществляется по решению комиссии врачей-психиатров. При госпитализации лица без его согласия принятие решения о порядке лечения комиссией врачей-психиатров должно быть обеспечено в течение сорока восьми часов с момента его помещения в психиатрическую организацию.

Согласно п.8: Лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), или его законный представитель **имеет право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его**, за исключением случаев, предусмотренных в пункте 7 настоящей статьи. В соответствии с п.9 лицу, отказавшемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), или его законного представителя и врача-психиатра.

Таким образом, принудительное лечение допускается только в случаях, предусмотренных в статье 94 - Оказание медицинской помощи без согласия граждан. Так, согласно п.п. 3,4 ст. 94, оказание медицинской помощи без согласия граждан допускается в отношении лиц: страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями); страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние. Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается до исчезновения приведенных ранее оснований.

Статья 120 описывает права лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), в частности:

1. Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), обладают **всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Республики Казахстан.**

**Ограничение осуществления прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством (заболеванием), допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Республики Казахстан.**

2. Все лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

1) **получение психиатрической помощи по месту жительства, а также в случае необходимости - по месту нахождения;**

2) **отказ на любой стадии лечения от использования медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;**

3) **приглашение специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи (с согласия последнего), для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Кодексом;**

4) **получение образования по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг восемнадцати лет;**

5) **ведение переписки, получение и отправление посылок, бандеролей, денежных, почтовых переводов, пользование телефоном, прием посетителей, подписку на периодические печатные издания;**

6) **владение и приобретение предметов первой необходимости, пользование собственной одеждой.**

3. Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера в государственных психиатрических учреждениях специализированного типа с интенсивным наблюдением, имеют, помимо прав, указанных в пунктах 1 и 2 настоящей статьи, право на:

1) **приобретение дополнительного питания;**

2) **получение медицинских услуг сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;**

3) **приобретение мягкого инвентаря, одежды, обуви;**

4) **пользование междугородней телефонной связью;**

5) **пользование контрольным счетом наличности.**

Реализация указанных прав осуществляется за счет средств лица, которому они предоставляются.

Как видно из приведенных выше норм, спектр прав достаточно широкий. Он охватывает и право на помощь по

месту жительства, и право на образование, и право на переписку и многие другие права, которые также закреплены в международных актах и национальном законодательстве многих зарубежных стран. Следует отметить, что практическая сторона часто говорит о физической невозможности их реализации. Примером тому может быть право на получение помощи по месту жительства, как подтверждают результаты опросов пациентов и их близких, у жителей сельских территорий часто такой возможности нет.

Статья 121 содержит нормы о принудительных мерах медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями). В частности:

1. Принудительные меры медицинского характера применяются **по решению суда** в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), **совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным законодательством Республики Казахстан.**

2. Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических организациях системы здравоохранения в виде:

1) амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра;

2) принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа;

3) принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа;

4) принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

3. Лица, помещенные в психиатрический стационар для применения принудительных мер медицинского характера, **признаются нетрудоспособными на весь период пребывания** в психиатрическом стационаре.

4. Деньги от физических и юридических лиц, в том числе пенсионные выплаты и государственные социальные пособия, зачисляются на контрольный счет наличности государственного психиатрического учреждения специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее - учреждение) для использования психически больными, находящимися на принудительном лечении в учреждении.

В статье 122 содержатся нормы об оказании психиатрической помощи и социальной защите, гарантированные государством. Так, государством гарантируется:

- 1) экстренная и плановая психиатрическая помощь;
- 2) психиатрическая экспертиза, определение временной нетрудоспособности;
- 3) социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), из них инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

2. Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), психиатрической помощью и в целях их социальной защиты государство:

- 1) организует предоставление психиатрической помощи;
- 2) организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, из них инвалидов - в соответствии с индивидуальной программой реабилитации;
- 3) создает лечебно-производственные организации, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), включая инвалидов.

Следует обратить внимание на п.п. 2,3 п.2 приведенной выше ст.122, где говорится о создании условий для обучения и труда. На практике, к сожалению, лечебно-производственных

организаций практически нет. Только в двух областях страны есть условия для лечебно-производственных мероприятий.

Очень важные права для целей данного исследования приведены в статье 125 - Госпитализация в психиатрический стационар. В частности, в данной статье указывается, что (п.1): Основанием для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства (заболевания) и решение врача-психиатра о необходимости проведения обследования или лечения в условиях стационара.

В п. 1-1 еще раз говорится о принудительной госпитализации в психиатрический стационар, которая допускается **на основании решения суда**. Принудительная госпитализация лица в психиатрический стационар **до вынесения судом решения допускается исключительно в целях недопущения последствий, предусмотренных подпунктами 2), 3) и 4) пункта 1 статьи 94 настоящего Кодекса**. По каждому случаю принудительной госпитализации без решения суда администрация психиатрической организации **в течение сорока восьми часов с момента помещения лица в психиатрический стационар направляет прокурору письменное уведомление**. При наличии сведений о супруге, близких родственниках и (или) законных представителях администрация психиатрической организации в течение сорока восьми часов с момента помещения лица в психиатрический стационар информирует их.

2. Госпитализация в психиатрический стационар может быть обусловлена необходимостью судебно-психиатрической экспертизы в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

3. Госпитализация лица в психиатрический стационар осуществляется **добровольно по его просьбе или с его письменного согласия**, за исключением случаев, предусмотренных статьей 94 настоящего Кодекса.

4. Несовершеннолетний госпитализируется в психиатрический стационар с письменного согласия его родителей или иного законного представителя.

6. В случае возражения или отсутствия законного представителя госпитализация несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд, с письменным уведомлением прокурора в течение двадцати четырех часов с момента принятия решения о госпитализации.

7. Полученное согласие лица на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

**8. Пребывание лица в психиатрическом стационаре в принудительном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.**

**9. Лицо, госпитализированное в психиатрический стационар в принудительном порядке, в течение первых шести месяцев подлежит не реже одного раза в месяц освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации. Продление госпитализации свыше шести месяцев производится по решению суда на основании заявления психиатрического стационара о необходимости продления срока принудительной госпитализации и лечения, к которому прилагается заключение комиссии врачей-психиатров.**

10. Внеочередное освидетельствование лица, госпитализированного в принудительном порядке, может быть проведено по желанию самого пациента или его законного представителя, адвоката.

Лицо, госпитализированное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным пунктом 1 статьи 94 настоящего Кодекса, **подлежит обязательному освидетельствованию в течение сорока восьми часов с момента госпитализации комиссией врачей-психиатров психиатрической организации, которая принимает**



**решение об обоснованности госпитализации.** В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализируемое лицо не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, оно подлежит немедленной выписке.

11. В случае несогласия с принудительной госпитализацией лицо, страдающее психическими расстройствами (заболеваниями), или его законный представитель вправе обратиться в суд.

В статье 127 Кодекса содержатся нормы, устанавливающие меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи. Так, согласно п.1: **Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.**

В п. 2 статьи 127 говорится о том, что **меры физического стеснения и изоляции при принудительной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющего непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала.** О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации с уведомлением его законного представителя.

Кодекс содержит также порядок выписки, который установлен в статье 128. Согласно данной статье (п.1) выписка из психиатрического стационара производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного

лечения, а также по завершении обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар. В соответствии с п.2 выписки пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.

Что касается выписки пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в принудительном порядке, то в соответствии с р.3. она производится по заключению комиссии врачей-психиатров, решению суда либо постановлению прокурора. Согласно п.4 Выписки пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по определению суда.

Следует обратить внимание на п.5: Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрической организации будут установлены основания для госпитализации в принудительном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 94 настоящего Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в психиатрическом стационаре, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном пунктами 8 - 10 статьи 125 и пунктом 3 настоящей статьи.

В отношении помещения лиц в психоневрологические организации Кодекс содержит статью 129 - Основания для помещения лиц в психоневрологические организации. Так, согласно п.1, Основанием для помещения в психоневрологическую организацию несовершеннолетнего является заключение психолого-медико-педагогической консультации; для лица, признанного судом недееспособным, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

**Помещение в психоневрологическую организацию совершеннолетнего лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), но не признанного недееспособным, осуществляется по решению суда.**

В соответствии с п.2, органы опеки и попечительства обязаны принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологическую организацию.

Таким образом, Кодекс содержит целый ряд норм, устанавливающих и регулирующих права пациентов, имеющих психические заболевания. Можно еще раз коротко упомянуть те нормы, которые имеют принципиальное значение для сравнения с международным законодательством. К таким нормам относятся:

- Добровольность лечения
- Защита интересов пациентов, привлечение адвоката
- Диагноз, который ставит психиатр
- Причины диагноза – только наличие медицинских показаний
- Использование при лечении только законных мер
- Предоставление информации о характере расстройства и методах лечения
- Лечение с согласия пациента
- Получение помощи по месту жительства
- Возможность отказаться от использования медицинских средств и методов на любой стадии
- Ведение переписки, денежные переводы, посылки, пользование телефоном, прием посетителей
- Четкая регламентация принудительного лечения
- Содействие в трудоустройстве
- Образование в соответствии с ИПР
- Лечебно-производственные организации

Одной из задач данного исследования был также анализ законодательства о специальных социальных услугах (ССУ).

В Республике Казахстан принят Закон от 29 декабря 2008 года № 114-IV «О специальных социальных услугах». Согласно статье 4 Закона - Основные принципы и задачи

государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг, основывается на принципах:

- 1) **соблюдения прав человека;**
- 2) **гуманности, добровольности, конфиденциальности, адресности и доступности** предоставления специальных социальных услуг;
- 3) **обеспечения равных возможностей в получении специальных социальных услуг** лицами (семьями), находящимися в трудной жизненной ситуации;
- 4) взаимодействия государственных органов с субъектами, предоставляющими специальные социальные услуги;
- 5) комплексности;
- 6) **социальной интеграции и улучшения качества жизни населения.**

Как видно из приведенных выше принципов оказания ССУ, они включают в себя, в том числе, принципы соблюдения прав человека, добровольности, доступности, социальной интеграции.

Согласно п. 1 ст. 5: Специальные социальные услуги включают гарантированный объем специальных социальных услуг и платные специальные социальные услуги. В соответствии с п. 2 гарантированный объем специальных социальных услуг является единым перечнем специальных социальных услуг, предоставляемых за счет бюджетных средств. Согласно п.1 Постановления Правительства Республики Казахстан от 14 марта 2009 года № 330 «Об утверждении перечня гарантированного объема специальных социальных услуг», Гарантированный объем специальных социальных услуг предоставляется лицам (семьям) со стойкими нарушениями функций организма, обусловленными физическими и (или) умственными возможностями, и (или) лицам без определенного места жительства, а также лицам (семьям), неспособным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, из числа следующих получателей услуг, в т.ч.:

- 1) **детям-инвалидам с психоневрологическими патологиями;**
- 2) **инвалиды старше восемнадцати лет с психоневрологическими заболеваниями.**

Таким образом, гарантированный объем специальных социальных услуг предоставляется, в том числе, лицам с психоневрологическими заболеваниями т.е. группе пациентов, которая рассматривается в рамках данного анализа.

Согласно п.2 Перечень гарантированного объема специальных социальных услуг включает:

- социально-бытовые;
- социально-медицинские;
- социально-психологические;
- социально-педагогические;
- социально-трудовые;
- социально-культурные;
- социально-экономические;
- социально-правовые услуги.

Как видно из приведенного перечня, интересующей нас целевой группе по закону предоставляется широкий перечень услуг, охватывающий все основные аспекты жизни в современном обществе, в том числе, медицину, образование, труд.

Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 марта 2015 года № 165 утверждены стандарты оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения. Всего данным приказом утверждено четыре стандарта:

1. **Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях стационара.**

2. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения **в условиях полустационара.**

3. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения **в условиях оказания услуг на дому.**

4. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения **в условиях временного пребывания.**

Все указанные стандарты устанавливают объем и требования к условиям и порядку предоставления специальных социальных услуг, в том числе, для таких целевых групп, как **дети-инвалиды с психоневрологическими патологиями, инвалиды старше восемнадцати лет с психоневрологическими заболеваниями.**

Согласно стандартам, **организации стационарного типа** предназначены для круглосуточного постоянного или временного (сроком до трех месяцев) проживания:

1) детей от трех до восемнадцати лет, нуждающихся в оказании специальных социальных услуг в условиях стационара, вследствие:

- умственной отсталости всех степеней, в том числе при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение в специальных (вспомогательных) классах специальных коррекционных организаций образования (не передвигающиеся без посторонней помощи, не обслуживающие себя в силу тяжести двигательных нарушений, требующие индивидуального ухода);
- слепоты (слабовидения) или глухоты (слабослышания) с умственной отсталостью всех степеней, в том числе при наличии грубых нарушений двигательных функций, затрудняющих обучение в специализированных школах-интернатах;
- эпилепсии (в том числе симптоматической) с припадками не чаще четырех раз в месяц при наличии слабоумия;

- шизофрении с выраженным дефектом без продуктивной симптоматики;
- слабоумия после перенесенных органических поражений головного мозга.

2) лиц старше восемнадцати лет с психоневрологическими заболеваниями первой, второй групп, нуждающихся в оказании специальных социальных услуг в условиях стационара, вследствие:

- умственной отсталости всех степеней, в том числе при наличии грубых нарушений двигательных функций (лица, не передвигающиеся без посторонней помощи, не обслуживающие себя в силу тяжести двигательных нарушений, требующие индивидуального ухода);
- слепоты (слабовидения) или глухоты (слабослышания) с умственной отсталостью всех степеней, в том числе при наличии грубых нарушений двигательных функций;
- затяжных форм психических заболеваний, характеризующихся отсутствием острой психотической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта;
- шизофрении с выраженным дефектом личности вне обострения психотической симптоматики;
- различных форм эпилепсии с явлениями слабоумия и не более четырех раз в месяц судорожными припадками и эквивалентами;
- последствий инфекционных и других органических заболеваний головного мозга (энцефалиты, туберкулезные менингиты, менингоэнцефалиты, сифилис мозга и другие, инфекционные и органические заболевания) с явлениями слабоумия;
- последствий хронического алкоголизма с явлениями выраженного слабоумия;
- сосудистых и сенильных заболеваний с явлениями слабоумия без выраженного психомоторного беспокойства и длительных или рецидивирующих состояний измененного сознания.

Таким образом, стандарт организации стационарного типа содержит перечень психоневрологических заболеваний, при которых пациенты могут воспользоваться услугами указанного типа организации.

Основными задачами организации стационарного типа являются:

1) создание для получателей услуг, наиболее адекватных возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, **приближенных к домашним;**

2) **предоставление специальных социальных услуг** в условиях стационара в соответствии с установленными настоящим стандартом объемами;

3) оказание специальных социальных услуг с учетом индивидуальных потребностей получателей услуг, **ориентированных на повышение уровня их личностного развития, социализации и интеграции;**

4) повышение качества и эффективности предоставляемых специальных социальных услуг;

5) **защита от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения.**

Далее стандарт содержит подробный перечень функций организации стационарного типа:

1) прием и размещение получателей услуг с учетом их заболевания, тяжести состояния, возраста, проведение мероприятий по их адаптации к новой обстановке;

2) **обеспечение неприкосновенности личности и безопасности получателей услуг;**

3) **создание благоприятного морально-психологического климата в организации стационарного типа;**

4) оказание разносторонней помощи получателям услуг путем предоставления комплекса необходимых специальных социальных услуг, направленных на проведение



оздоровительных и социально-реабилитационных мероприятий, в соответствии с настоящим стандартом;

5) улучшение условий проживания получателей услуг, обеспечение условий для приема посетителей;

6) обеспечение сохранности личных вещей и ценностей получателей услуг;

7) информирование получателей услуг и членов их семей об объемах и видах специальных социальных услуг, правилах внутреннего распорядка организации стационарного типа;

8) совершенствование организации труда и повышение квалификации персонала;

9) исполнение возложенных на администрацию организации стационарного типа функций опекунов и попечителей в отношении получателей услуг, нуждающихся в опеке или попечительстве, в порядке, установленном пунктом 4 статьи 122, статьей 125 Кодекса;

10) осуществление финансово-хозяйственной деятельности организации стационарного типа;

11) иные функции в соответствии с учредительными документами организации стационарного типа.

Таким образом, в Стандарте находят отражение права, которые закреплены в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Далее, в п.34 Стандарта идет более детальное описание тех **социально-бытовых** услуг, которые **предоставляются в организациях стационарного типа**:

1) оказание социально-бытовых услуг индивидуального обслуживающего и гигиенического характера получателям услуг, неспособным по состоянию здоровья выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять пищу, пить, пользоваться туалетом или судном, передвигаться, ухаживать за зубами или челюстью, пользоваться очками или слуховыми аппаратами, стричь ногти, мужчинам - брить бороду и усы;

2) предоставление жилой площади, в том числе для спальных комнат не менее четырех квадратных метров на ребенка, ребенка с нарушениями ОДА и не менее пяти квадратных метров на лицо старше восемнадцати лет, инвалида, престарелого;

3) предоставление помещений, оснащенных мебелью и (или) специализированным оборудованием, для реабилитационных, лечебных, образовательных, культурных мероприятий, отправления религиозных обрядов, организации лечебно-трудовой деятельности, обучения навыкам самообслуживания, основам бытовой ориентации;

**4) создание условий для организации рабочих мест для инвалидов и лиц старше восемнадцати лет, которым работа не противопоказана по состоянию здоровья;**

5) предоставление адаптированных помещений и приспособлений, обеспечивающих осуществление бытовых нужд без обращения к посторонней помощи;

6) предоставление помещений для создания кризисных палат, палат (отделений) паллиативной помощи, оснащенных мебелью для проведения интенсивного ухода и терапии;

**7) предоставление помещений для временного пребывания (до шести месяцев) получателей услуг, проживающих в семьях, и нуждающихся во временном предоставлении им специальных социальных услуг в условиях стационара на платной договорной основе, в порядке, утверждаемом местным исполнительным органом;**

8) оказание услуг по поддержанию условий проживания в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями;

9) предоставление питания, включая диетическое питание, в соответствии с натуральными нормами питания для лиц, обсуживающихся в домах-интернатах, реабилитационных центрах, учебных заведениях для детей-инвалидов, территориальных центрах социального обслуживания, центрах социальной адаптации, утвержденными в соответствии пунктом 2 статьи 69 Бюджетного Кодекса Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года;

10) предоставление мягкого инвентаря в объеме не менее предусмотренного приложением 6 к настоящему стандарту;

11) обеспечение бытовым обслуживанием (стирка, сушка, глаженье, дезинфекция нательного белья, одежды, постельных принадлежностей);

12) предоставление услуг городской телефонной связи;

13) предоставление транспортных услуг перевоза получателей услуг для лечения, реабилитации, обучения, участия получателей услуг в культурных и досуговых мероприятиях;

14) оказание помощи в написании и прочтении писем;

15) оказание парикмахерских услуг для получателей услуг, обслуживание которых в обычных парикмахерских затруднено или невозможно;

16) организация ритуальных услуг (при отсутствии у умершего пациента родственников (законных представителей) или их нежелании заняться погребением).

Таким образом, согласно данным положениям, по закону рассматриваемой категории пациентов положен практически всеобъемлющий перечень специальных социальных услуг, при оказании которых пациент не должен испытывать практически никаких затруднений.

Последующие пункты Стандарта идут по дальнейшему пути детализации и раскрывают содержание уже каждого отдельно взятого вида услуг. Так, в соответствии с п. 36, к **социально-медицинским услугам, предоставляемым в организациях стационарного типа**, относятся:

1) организация и проведение медико-социального обследования (при необходимости с привлечением специалистов организаций здравоохранения);

2) оказание доврачебной помощи;

3) содействие в проведении медико-социальной экспертизы;

4) содействие в получении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

5) содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;

6) содействие в обеспечении санаторно-курортного лечения, техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами, обязательными гигиеническими средствами в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

7) обучение получателей услуг пользованию техническими вспомогательными (компенсаторными) и обязательными гигиеническими средствами;

8) содействие в получении протезно-ортопедической и слухопротезной помощи в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

9) консультирование по социально-медицинским вопросам, в том числе по вопросам возрастной адаптации;

10) содействие в медицинском консультировании профильными специалистами, в том числе из организаций здравоохранения;

11) проведение процедур, связанных со здоровьем (прием лекарств, закапывание капель и другие процедуры);

12) оказание помощи в выполнении лечебно-физических упражнений;

13) проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки;

14) обеспечение ухода получателей услуг с учетом состояния их здоровья;

15) оказание первичной медико-санитарной помощи;

16) оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны);

17) содействие в госпитализации и сопровождении в организации здравоохранения;

18) организация лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе в организациях здравоохранения;

19) проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе услуги немедикаментозной терапии;

20) организация прохождения диспансеризации;

21) проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур (подкожные и внутримышечные инъекции, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм, забор материалов для проведения лабораторных исследований, оказание помощи в пользовании катетерами и другими медицинскими изделиями);

22) формирование и организация работы «групп здоровья» по медицинским показаниям и возрастным особенностям;

23) оказание услуг паллиативной помощи детям, лицам старше восемнадцати лет, престарелым и инвалидам;

24) оказание услуг психиатрической, психотерапевтической помощи детям и лицам старше восемнадцати лет.

Далее описывается содержание **социально-психологических, социально-педагогических (п.40), социально-трудовых (п.42), социально-культурных (п.44), социально-экономических (п.46), социально-правовых (п.48) услуг.**

Из представленных выше норм можно сделать вывод, что законодательством предусмотрены практически все возможные жизненные ситуации, которые могут иметь место в жизни пациента с психическим заболеванием.

Подобные же стандарты утверждены для оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в **условиях полустационара.**

Данный стандарт регламентирует порядок предоставления специальных социальных услуг, в том числе, для: детей-инвалидов с психоневрологическими патологиями; инвалидов старше восемнадцати лет с психоневрологическими заболеваниями.

Согласно п.5 Стандарта: **Организация полустационарного типа** предназначена для оказания специальных социальных услуг в дневное время суток (от четырех до десяти часов в день) с обеспечением при необходимости в реабилитационных центрах (в случае проживания получателя услуг в другом населенном пункте и/или по решению местных исполнительных органов для инвалидов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата) **ночного пребывания**. Далее в Стандарте приводятся нормы, содержащие условия, при которых лица могут рассчитывать на услуги в полустационаре, т.е. описание медицинских показаний. Ввиду подробности этого списка, в данном исследовании он не приводится.

Согласно Стандарту, полустационары могут создавать в разных возможных видах. В частности, в соответствии с п.7 Организации полустационарного типа создаются в виде:

- 1) отделения (центра) дневного пребывания;
- 2) реабилитационного центра для инвалидов и (или) детей-инвалидов;
- 3) территориального центра для инвалидов и престарелых;
- 4) иных организаций, предназначенных для оказания специальных социальных услуг в условиях дневного пребывания.

Как и в предыдущем рассмотренном стандарте, данный Стандарт содержит подробное описание предоставляемых специальных социальных услуг: социально-бытовых (п.35), социально-медицинских (п.37), социально-психологических (п.39), социально-педагогических (п.41), социально-трудовых (п.43), социально-культурных (п.45), социально-экономических (п.47), социально-правовых (п.49).

Еще один стандарт – Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения, регламентирует предоставление услуг в условиях на дому. Согласно п.2. Стандарта, он устанавливает объем и

требования к условиям и порядку предоставления специальных социальных услуг **организациями надомного обслуживания государственной и негосударственной форм собственности**, предназначенных для оказания специальных социальных услуг **в условиях оказания услуг на дому по месту жительства получателей услуг**, определяет порядок деятельности организации надомного обслуживания, условия предоставления, прекращения оказания специальных социальных услуг. Данный стандарт также распространяется на услуги для детей-инвалидов с психоневрологическими патологиями, инвалидов старше восемнадцати лет с психоневрологическими заболеваниями.

В соответствии с п.5 Стандарта, специальные социальные услуги в условиях оказания услуг на дому предоставляются **в дневное время суток**.

Как и в предыдущих стандартах, Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях на дому содержит подробное описание предоставляемых социально-бытовых (п.31), социально-медицинских (п.33), социально-психологических (п.35), социально-педагогических (п.37), социально-трудовых (п.39), социально-культурных (п.41), социально-экономических (п.43), социально-правовых (п.45) .

И, наконец, рассмотрим последний из стандартов в этой области – Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях временного пребывания.

Согласно п.2 Стандарта, настоящий стандарт устанавливает объем и требования к условиям и порядку предоставления специальных социальных услуг в организациях, оказывающих специальные социальные услуги **в условиях временного пребывания** государственной и негосударственной форм собственности, предназначенных для круглосуточного временного проживания (до одного года) или временного нахождения (в ночное время суток) лиц

без определенного места жительства и лиц, освободившихся из мест лишения свободы и (или) находящихся на учете в службе пробации уголовно-исполнительной инспекции (далее – получатели услуг), определяет порядок деятельности организаций временного пребывания, условия предоставления, прекращения (приостановления) оказания специальных социальных услуг. Как видно из приведенного выше описания, данный стандарт не распространяется на рассматриваемую в этом исследовании целевую группу.

### **Стандарты оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи.**

Исследуя всю совокупность правовых актов национального законодательства, мы следуем логике иерархии нормативных актов, оценивая акты от более высокого уровня к более низкому:

- Конституция
- Кодекс
- Законы
- Приказы (утверждающие Стандарты)

Выше были рассмотрены стандарты оказания специальных социальных услуг, в этой части отчета мы обратим внимание на Стандарт оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан, утвержденный Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95.

Согласно п.18, основные принципы организации и оказания МСП пациентам с психическими и поведенческими расстройствами регламентируются в соответствии с Правилами оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 285



(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 11226).

В соответствии с п.19, МСП пациентам с психическими расстройствами (заболеваниями) оказывается штатными врачами-психотерапевтами, психологами, социальными работниками и медицинскими сестрами психиатрической организации и организации первичной медико-санитарной помощи.

Стандарт устанавливает (п. 20), что оказание МСП начинается с момента обращения пациента в психиатрическую организацию. Оказание МСП осуществляется в виде социально-медицинских и социально-психологических услуг.

Примечательна норма, закрепленная в п.22: Социально-трудовая реабилитация проводится в лечебно-трудовых мастерских (далее – ЛТМ), где проведение лечения осуществляют врачи психиатры ЛТМ, а средние медицинские работники, обслуживающие ЛТМ, выдают лекарственные средства по назначению врачей и проводят списание использованных лекарственных средств.

Согласно п.23, пациенты, находящиеся на стационарном лечении и проходящие трудовую терапию в ЛТМ, медикаментозное лечение и питание получают в соответствующих отделениях стационара на общих основаниях.

Стандарт также устанавливает (п.24), что в ЛТМ оказывается содействие в трудоустройстве пациентов по окончании курса трудовой терапии и овладении ими новой профессией на предприятии или в учреждении социального обеспечения. На каждого пациента, проходящего трудовую терапию в ЛТМ, заводится карта учета трудовой терапии с указанием медицинских назначений, видов рекомендуемого труда, оценкой трудовой терапии, которая по окончании пациентом курса трудовой терапии передается в психиатрическую организацию. Направление на трудовую терапию в ЛТМ пациентов, находящихся на стационарном лечении,

осуществляется лечащим врачом. В психоневрологических диспансерах лечащий врач производит согласно медицинским показаниям предварительный отбор пациентов для направления их в ЛТМ.

Есть и ограничения для лечебно-трудовой реабилитации. Так, согласно п.28, в ЛТМ не направляются пациенты, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия, а также:

- 1) психопаты с асоциальным поведением, склонные к сексуальным перверзиям, кверулянты;
- 2) наркоманы, алкоголики;
- 3) психически больные, страдающие тяжелыми соматическими или инфекционными заболеваниями.

Также, в соответствии с п.29, для пациентов с частыми судорожными припадками и длительными сумеречными состояниями сознания, легко возбудимых и для пациентов, склонных к сексуальным перверзиям, с нарушением поведения и в силу этого нетерпимых в коллективе ЛТМ – трудовые процессы организовываются на дому.

Срок прохождения пациентами трудовой терапии в ЛТМ определяется исключительно медицинскими показаниями. Через каждые шесть месяцев первый руководитель психиатрической организации совместно с врачом психиатром ЛТМ решает вопрос о целесообразности продолжения лечения больного трудом в ЛТМ.

Стандарт содержит также Раздел 5 - Организация оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами в дневном стационаре.

В данном разделе установлено, что (п.31) в дневном стационаре (далее – ДС) организуется лечение пациентов с обострениями или декомпенсацией психического состояния, нуждающихся в активной терапии, ежедневном врачебном наблюдении и не требующих обязательной госпитализации, проведение им широкого комплекса лечебно-восстановительных мероприятий.

32. В ДС организуется долечивание пациентов, получивших основной курс лечения в психиатрическом стационаре, которые переводятся на полустационарный режим и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке.

Согласно п. 35. В ДС принимаются:

1) пациенты, нуждающиеся в активном лечении, состояние которых **не требует обязательной госпитализации в психиатрический стационар**, сохраняющие вместе с тем упорядоченность поведения и положительную установку на лечение;

2) пациенты, нуждающиеся **в коррекции поддерживающей терапии**, если требуется ежедневное наблюдение врача;

3) пациенты **с обострениями психопатологических расстройств или компенсацией в рамках пограничных состояний**;

4) пациенты **в начальной стадии психического заболевания** или его обострения с целью диагностики, а также профилактики рецидива;

5) **пациенты с неясным диагнозом**, в случае, если уточнение психиатрического диагноза осуществляется в условиях ДС.

Стандарт содержит ряд ограничений, так, не подлежат приему в ДС:

1) пациенты, представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих;

2) пациенты с декомпенсированными формами психопатий и астенических расстройств с фобиями, тревогой;

3) пациенты, в силу своего психического состояния и поведения, отрицательно влияющие на других пациентов и не способные выполнять режим ДС;

4) пациенты, страдающие тяжелыми соматическими, а также инфекционными и венерическими заболеваниями в опасном периоде;

5) пациенты, страдающие алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией (указанные лица лечатся в специализированных наркологических ДС).

Относительно лечения, Стандарт указывает, что (п.43) в ДС осуществляются все виды лечения, **проведение которых не требует круглосуточного медицинского наблюдения за состоянием пациента.** Психотерапия и другие виды активной терапии проводятся в комплексе с физиотерапией, психотерапией, терапией занятостью, социотерапией, трудовой терапией. Также указано, что (п.45) в случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он незамедлительно переводится в соответствующее стационарное отделение психиатрической организации.

В целом, следует отметить, что принятие Закона «О специальных социальных услугах» в 2008г. существенно изменило ситуацию в сфере оказания услуг для людей с особыми потребностями. Дальнейшая детализация и развитие законодательства о ССУ, в частности, утверждение стандартов, вывело на качественно иной уровень систему защиты и поддержки инвалидов.

### **III. Анализ международных актов и законодательства развитых стран в области прав пациентов на психическое здоровье**

Согласно Конституции Республики Казахстан (Ст. 4, п. 3): «Международные договоры, заключенные Республикой Казахстан в соответствии с Конституцией Республики в установленном порядке и ратифицированные Парламентом Республики Казахстан, имеют приоритет перед ее законами». Поэтому, более логичным было бы рассмотреть международные ратифицированные акты до анализа национального законодательства. Однако, логика, предложенные в данном исследовании, построена на том, что,

во-первых, не все рассмотренные в нем акты, были ратифицированы Республикой Казахстан; во-вторых, при таком подходе легче сделать сравнительный анализ норм национального законодательства и международного/зарубежного.

По данным Всемирной психиатрической ассоциации, психиатрический диагноз является стигмой, которая затрудняет социальную адаптацию, а также реализацию предусмотренных основных прав человека. Такой диагноз часто влечет ограничения в реализации гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. Поэтому в целом, согласно заключениям различных исследований, дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами являются самостоятельными проблемами, на которые стоит обратить пристальное внимание. Эти вопросы входят в число приоритетов Всемирной организации здравоохранения и Всемирной психиатрической ассоциации.

При проведении данного исследования в спектр анализа были включены, прежде всего, ратифицированные международные акты, такие как

- Всеобщая декларация прав человека (Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 г.);
- Декларация о правах инвалидов (Резолюция тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 3447(XXX) от 9 декабря 1975 года);
- Декларация Организации Объединенных Наций О правах умственно-отсталых лиц от 20 декабря 1971 года;
- Конвенция ООН о правах инвалидов. Факультативный протокол к Конвенции о правах инвалидов. (О ратификации Конвенции о правах инвалидов Закон Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-V ЗРК);
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.),

ратифицирован Законом Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 87-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г № 12-1-2/1445);

- Международный пакт о гражданских и политических правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.) ратифицирован Законом Республики Казахстан от 28 ноября 2005 года № 91-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г № 12-1-2/1445).

Приведенные выше международные акты содержат минимальные стандарты о правах человека и людей, имеющих психические заболевания/расстройства, в частности.

Так, согласно Статье 25 **Всеобщей декларации прав человека**: Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, **медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья** и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

В Статье 4 **Декларации о правах инвалидов** закреплено право инвалидов на те же гражданские и политические права, что и других лиц; пункт 7 Декларации о правах умственно отсталых лиц применяется к любому возможному ограничению или ущемлению этих прав в отношении умственно неполноценных лиц. Также, в соответствии со Статьей 6 данной Декларации, инвалиды имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положение в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои

возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции.

Статья 9 Декларации дает инвалидам право жить в кругу своих семей или в условиях, заменяющих ее, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Что касается его или ее места жительства, то ни один инвалид не может подвергаться какому-либо особому обращению, не требующемуся в силу состояния его или ее здоровья, или в силу того, что это может привести к улучшению состояния его или ее здоровья. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его или ее возраста.

В Декларации О правах умственно-отсталых лиц содержится всего семь статей, каждая из которых имеет, тем не менее, огромное значение в жизни такого человека:

1. Умственно-отсталое лицо имеет **в максимальной степени осуществимости те же права**, что и другие люди.

2. Умственно-отсталое лицо имеет **право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение**, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволят ему развивать свои способности и максимальные возможности.

3. Умственно-отсталое лицо имеет право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень. Оно имеет право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную меру своих возможностей.

4. В тех случаях, **когда это возможно, умственно-отсталое лицо должно жить в кругу своей семьи или с приемными родителями и участвовать в различных формах жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь.** В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение, необходимо сделать так, чтобы новая

среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни.

5. Умственно-отсталое лицо имеет право пользоваться квалифицированными услугами опекуна в тех случаях, когда это необходимо для защиты его личного благосостояния и интересов.

6. Умственно-отсталое лицо имеет право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения. В случае судебного преследования в связи с каким-либо деянием оно должно иметь право на должное осуществление законности, полностью учитывающее степень умственного развития.

7. Если вследствие серьезного характера инвалидности умственно-отсталое лицо не может надлежащим образом осуществлять все свои права или же возникает необходимость в ограничении или аннулировании некоторых, или всех таких прав, то процедура, применяемая в целях такого ограничения или аннулирования, должна предусматривать надлежащие правовые гарантии от любых злоупотреблений. Эта процедура должна основываться на оценке квалифицированными специалистами общественно полезных возможностей умственно отсталого лица, а также предусматривать периодический пересмотр и право апелляции в высшие инстанции.

Таким образом, пациент, несмотря на наличие определенных физических или психических ограничений, прежде всего, человек. Соответственно, оценивая права пациента, мы отталкиваемся от его прав, как человека. Этот тезис полностью применим и к пациентам при оказании психиатрической помощи.

Для целей настоящего исследования, на наш взгляд, крайне важное значение имеет такой документ, как Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, принятые резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 года.



Согласно п.5 Принципа 1: Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах, таких как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то было форме.

В данном документе содержится целый ряд принципов, которые направлены на защиту лиц, имеющих психические заболевания. В частности,

### **Принцип 3 - Жизнь в обществе**

Каждый человек, страдающий психическим заболеванием, **имеет право, насколько это возможно, жить и работать в обществе.**

### **Принцип 7 - Роль общины и культуры**

1. Каждый пациент имеет право, насколько это возможно, **на лечение и уход в общине**, в которой он проживает.

2. При лечении в психиатрическом учреждении пациент имеет право во всех случаях, когда это возможно, проходить лечение **вблизи от своего дома или дома своих родственников или друзей и имеет право как можно скорее вернуться в свою общину.**

3. Каждый пациент имеет право на лечение, соответствующее его культурным особенностям.

### **Принцип 9 - Лечение**

1. Каждый пациент имеет право на **лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения**, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности других лиц.

4. Лечение каждого пациента должно быть **направлено на сохранение и развитие автономности личности.**

### **Принцип 10 - Медикаменты**

1. Медикаменты должны наилучшим образом отвечать необходимости поддержания здоровья пациента, **должны назначаться ему только в терапевтических или диагностических целях и никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства других лиц.**

#### **Принцип 11 - Согласие на лечение**

1. **Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6,7,8,13 и 15 настоящего принципа.**

4. **Пациент имеет право отказаться от лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 настоящего принципа. Пациенту должны быть объяснены последствия отказа от лечения или его прекращения.**

10. **Любое лечение немедленно регистрируется в истории болезни пациента с указанием того, является ли лечение принудительным или добровольным.**

11. **Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам.**

#### **Принцип 13 - Права и условия содержания в психиатрических учреждениях**

1. Любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право, в частности, на полное уважение его:

a) **повсеместного признания в качестве субъекта права;**

b) **права на уединение;**

c) **свободы общения, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других**

посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению;

d) свободы вероисповедания или убеждений.

2. Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать:

a) **возможности для проведения досуга и отдыха;**

b) **возможности для получения образования;**

c) возможности покупать или получать предметы, необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;

d) возможности — и поощрение использования таких возможностей — **для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции.** Эти меры должны включать услуги по **профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству**, с тем чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в обществе.

Следующий рассмотренный документ - **Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека**, принятая резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19 октября 2005 года.

Согласно Статье 3 — **Человеческое достоинство и права человека:**

1. Должно обеспечиваться **полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.**

Статья 6 — **Согласие**

1. Любое медицинское вмешательство в профилактических, диагностических или терапевтических целях должно осуществляться только с предварительного, свободного и информированного

**согласия соответствующего лица на основе надлежащей информации.** Согласие в соответствующих случаях должно быть явно выраженным и может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

Статья 11 — Недопущение дискриминации и стигматизации  
**Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.**

Как видно из представленных выше норм, международное законодательство в сфере психиатрии содержит максимально полный перечень прав лиц с психическими заболеваниями и расстройствами. Однако, сам по себе факт наличия таких прав на уровне норм, далеко не всегда означает, что эти нормы действительно применяются на практике. Как правило, помимо норм, закрепленных в международных актах, должны приниматься национальные акты, направленные на изменение практической стороны вопроса.

Поэтому, при проведении исследования были проанализированы примеры некоторых иностранных государств, в частности, того, какие акты в них принимались для практического изменения ситуации в направлении деинституализации психиатрии.

**Италия.** Один из наиболее характерных примеров деинституционализации произошёл в Италии в конце 1970-х годов. В соответствии с **Законом № 180 с 1980 года** прием новых получателей услуг в крупные учреждения стал незаконным. Это, так называемый, Закон Базальи (Закон 180) — закон о психиатрической помощи и реформе психиатрии, лежащий в основе законодательства Италии в области психиатрии. Разработан итальянским психиатром Франко Базальей и пролоббирован по его инициативе.

Закон был принят 13 мая 1978 года и ознаменовал широкомасштабную реформу психиатрической системы в Италии. Он содержал указания о закрытии всех психиатрических больниц и привёл к их замене целым рядом внутриобщественных служб, включая службы по оказанию помощи острым стационарным больным. Полная ликвидация системы государственных психиатрических больниц в Италии относится к 1998 году, когда была завершена реализация закона о психиатрической реформе.

Закон 180 выдержал несколько попыток внести в него поправки и остаётся основой итальянской системы психиатрической помощи.

Закон оказал влияние на весь мир, в результате которого итальянская модель широко заимствовалась другими странами. В частности, 6 апреля 2001 года в Бразилии приняли закон о психиатрической помощи № 10216[11]. Данный закон был разработан по образцу Закона Базальи и направлен на деинституционализацию психиатрии в Бразилии.

В основе Закона 180 лежат три важных принципа:

- 1) В Законе, первая статья которого озаглавлена «Добровольное и недобровольное лечение», рассматриваются не дефиниции и классификации заболеваний, а формы лечения и основания для него.
- 2) Особое внимание в Законе уделяется правам пациентов, **гарантии которых уже предоставлены в Конституции Италии (статьи 13 и 32)**, но в особенности — таким аспектам, как личная свобода и право на лечение. **Закон разъясняет условия, при которых может проводиться принудительное лечение лиц, страдающих психическими заболеваниями, и это единственная категория людей, в отношении которой предусмотрено принудительное лечение.** Вместе с акцентом на лечении здесь появляется также важное различие — различие между принудительным лечением в Италии и недобровольной госпитализацией, например, в Англии и Уэльсе. В Италии этический и юридический акцент делается на лечении в обществе при

поддержке местных общественных центров психиатрической помощи.

- 3) Акцент сдвигается с поведения лица, страдающего психическим заболеванием, к **значению оказания соответствующей помощи**. Прежний Закон, принятый в 1904 году, санкционировал недобровольную госпитализацию лиц в психиатрические больницы на основании их опасности, устанавливаемой врачом или постановлением суда. В Законе 180 данное понятие социальной опасности исключено.

Важнейшие положения Закона 180 заключались в следующем:

Место оказания психиатрической помощи надлежало перенести из психиатрических больниц в общественные центры психиатрической помощи, впервые организованные по принципу деления на округа или районы, чтобы обеспечить связи и интеграцию со службами и общественными ресурсами.

Не должен был разрешаться приём новых пациентов в действующие психиатрические больницы. Также запрещалось строительство новых психиатрических больниц.

В больницах общего профиля следовало открыть психиатрические отделения с ограниченным количеством коек (не более 16). С учётом того, что такие отделения надлежало открыть в 320 больницах, количество койко-мест планировалось приблизительно равным 1 на 10 000 жителей.

Недобровольные госпитализации должны представлять собой исключительную меру вмешательства, применяемую лишь в случаях, когда амбулаторное лечение отвергается пациентом и когда в то же время невозможен доступ к соответствующим общественным службам.

Недобровольная госпитализация запрещена, пока не нарушен никакой закон; срок пребывания в психиатрических отделениях при обычных многопрофильных больницах не превышает двух недель, по истечении которых психиатрическое лечение проводится в обществе.

Постояльцы, проживающие в учреждениях, могли решить предпочитают ли они покинуть учреждения, чтобы отправиться домой к новым жилищным услугам, основанным на сообществе, или они остаются в учреждениях. В северных провинциях Италии вместо интернатов получили развитие **современные услуги на основе сообщества**, они работают, предоставляя соответствующую поддержку людям с проблемами психического здоровья.

Радикальные реформы в Италии были построены на следующих предпосылках:

- госпитализация и уход в специализированных учреждениях скорее увеличивает, а не решает проблемы. Период госпитализации должен быть как можно короче;
- люди с проблемами психического здоровья не опасны;
- современные лекарства и терапевтические методы в сочетании с социальными услугами в состоянии поддержать людей с проблемами психического здоровья в обществе;
- с точки зрения прав человека, и с точки зрения специалистов, содержание в крупных учреждениях не является надлежащим способом ухода.

Вместе с тем, у итальянского опыта есть и обратная сторона – процесс реформирования шел быстро и радикально, закрывая клиники, часто не успевали открывать общественные центры. Многие больные поэтому оказывались просто на улице. Закон до сих пор подвергается критике многими представителями сообщества психиатров Италии, были попытки вернуться к прежней системе.

**Австрия.** Концепция независимой жизни людей с нарушением ментального здоровья и другими ограниченными возможностями становится в Австрии более отчетливой. Ее исполнение находится под влиянием и с участием групп пользователей услуг и внедряется на **основе Конвенции ООН «О правах инвалидов»**, ратифицированной в 2008 году. Социальная страховка предоставляет «пособие по

уходу» (прямые выплаты). В дополнение существует **федеральная программа для оказания персональной помощи на рабочем месте и по пути на работу, финансируемая Министерством социальных дел.**

**Швеция.** Деинституционализация началась в 1993 году. Последнее учреждение было закрыто в 2000 году в результате сознательного политического и профессионального решения. Здания бывших учреждений стали использоваться в качестве гостиниц и конференц-центров. Жилищные вопросы для постояльцев интернатов решались по программе «поддерживаемого, защищенного жилья» органов местного самоуправления.

Десятилетняя стратегия **«От пациента к гражданину: национальный план действий и политика в отношении инвалидов» принята в 2000 году.** Её целью было распространение политики в отношении инвалидов по всем секторам с целью предотвращения и борьбы с дискриминацией людей с ограниченными возможностями. **На 2011-16 годы принята новая Стратегическая программа<sup>3</sup>,** в ней сделаны дальнейшие шаги с упором на права людей с ограниченными возможностями во многих сферах: доступность, технология, образование, занятость, здравоохранение, социальные дела, юстиция, транспорт, медиа, культура и спорт.

В Швеции Советы округов отвечают за здравоохранение и медицинскую помощь. 290 муниципалитетов также занимаются образованием и социальными услугами. Кроме того, они несут полную ответственность за обеспечение безопасности в сфере общественного транспорта и услуг. Сюда входит: персональная помощь, **услуги представителей для людей с психическими проблемами,** специальные транспортные услуги и гранты для обустройства домов, а

---

<sup>3</sup> Авторское право: Опубликовано Шведским институтом на веб-сайте [www.sweden.se](http://www.sweden.se). Все содержание защищено шведским законодательством по авторскому праву. Текст разрешается воспроизводить, транслировать, вывешивать для общего доступа, публиковать или передавать через любые средства массовой информации для некоммерческого использования со ссылкой на [www.sweden.se](http://www.sweden.se). При этом не разрешается использовать фотографии и иллюстрации.



также транспортные средства для людей со значительными проблемами здоровья. Благодаря такой помощи можно вести независимую, активную жизнь. Правительственные гранты для муниципалитетов с целью предоставления этих услуг – важный аспект политики в отношении людей с инвалидностью.

Для актуализации политики правительство создало межведомственную рабочую группу с участием государственных служащих из министерств здравоохранения, социальных дел, занятости, культуры, юстиции и финансов. Шведское Агентство по координации политики в отношении инвалидов (Handisam) играет важную роль в координации, мониторинге прогресса и формировании политики в отношении инвалидов, повышении осведомлённости о **Конвенции ООН «О правах инвалидов»** среди пользователей услуг, общественных властей, политиков и других заинтересованных лиц. Ответственность за предоставление услуг лежит главным образом на муниципалитетах, которые финансируют, координируют и предоставляют индивидуальную помощь людям с легкими и умеренной тяжестью нарушений функций и потребностями более низкого уровня. Согласно **Закону «О Социальных Услугах»** с 2001 года муниципальные социальные службы обязаны привлекать пользователей услуг к разработке и реализации плана услуг.

**Закон «О системах свободного выбора»** передаёт решение по предоставлению социальных и медицинских услуг индивидууму. Личные бюджеты и индивидуальная помощь обеспечиваются пособием для индивидуальной помощи лицам с постоянными и длительными потребностями с 1994г., на него не требуется проводить перепроверку нуждаемости. Система охватывает детей и взрослых пользователей услуг, имеющих «постоянные и длительные потребности», в т.ч. физические, сенсорные, умственные отклонения и хронически больные. Если получатель нуждается в большей помощи, он может получить дополнительную помощь через общие службы домашней помощи. Лица, проживающие в

групповом доме или жилье с услугами ухода, не могут получить пособие для индивидуальной помощи. Муниципалитет вместе с Национальным Агентством социального страхования проводят оценку потребностей и определяют количество часов помощи, на которую человек имеет право. Оценка осуществляется в форме открытого интервью с пользователем услуг, по меньшей мере раз в два года. Если человек не согласен с результатом оценки, он может обратиться с иском в государственные суды. После оценки и определения соответствие закону схема работает как система ваучеров – вместо выделения денег на покупку услуг и помощи пользователю услуги выделяется документ о праве на определенное количество часов в неделю. Муниципалитет финансирует первые 20 часов в неделю, Агентство социального страхования берет на себя ответственность за финансирование услуг, превышающих эти 20 часов. Пользователь, имея ваучер, может выбрать службу индивидуальной помощи из числа общественных, государственных, коммерческих и некоммерческих служб. В 2013 году 40% пользователей услуг нанимали личных помощников через муниципалитет, 47% через частные компании, 10% через кооперативы, 3% из своей компании, созданной инвалидами. Широко распространена модель Стокгольмского кооператива независимой жизни (STIL), применяющего модель и технологии индивидуальной помощи.

**Голландия.** Личный бюджет вместо решений, основанных на услугах. Основная логика основана на законодательстве, созданном центральными властями, а местное самоуправление обязано создать и поддерживать эти услуги, финансируя их из средств налогоплательщиков. Эти услуги облагаются строгими правилами, а квалифицированный персонал выполняет качественную работу, следуя всем правилам и нормам. В системе, основанной на персональном бюджете, пользователи имеют большую свободу в решении вопроса о том, как удовлетворить свои потребности. На

основе подтверждённых потребностей, пользователи получают определенный личный бюджет в виде денежных пособий или ваучеров. Этот бюджет может быть использован для приобретения любых услуг, необходимых пользователю, в результате образован процветающий рынок в местных сообществах. Например, в Австрии, так как пользователи могут платить за кого угодно, соседи и друзья быстро мобилизовались, создавая новые связи в сообществе. Через некоторое время специалисты поняли, что лучше работать с этими местными общинами, чем доставлять повсюду профессиональные услуги. Аналогичные тенденции мы наблюдаем в Голландии в настоящее время. В сильно фрагментированном профессиональном мире в каждой отрасли жизни имеется «профессионалы»: воспитатель, транспортёр, медсестра, диетолог, арт-терапевт, танцевальный терапевт, музыкальный терапевт, трудовой терапевт, консультанты кейс менеджеры, социальные работники и социальные педагоги.

**Великобритания.** Муниципалитеты играют ключевую роль в развитии независимой жизни посредством предоставления развитого широкого спектра услуг, включая: личные бюджеты, прямые выплаты и системы индивидуальной помощи. **В 1990 году Закон «О Национальной службе здравоохранения и медико-социальной помощи»** обеспечил получение услуг социальной и психиатрической помощи на дому. Реформы, проведенные в Великобритании в соответствии с Законом о Национальной службе здравоохранения и медико-социальной помощи по месту жительства, сформировали контекст для понимания уместности применения экономической теории **при оценке служб психического здоровья.**<sup>4</sup> Эти реформы способствовали выработке или усилению ряда потребностей: в расширении объема и повышении качества информации о затратах, в углублении понимания вопросов экономической эффективности, в более широком обсуждении критериев

---

<sup>4</sup> Источник: [http://meduniver.com/Medical/organizacia\\_zdravooxranenia/14.html](http://meduniver.com/Medical/organizacia_zdravooxranenia/14.html) MedUniver

распределения, таких как эффективность и справедливость. Реформы 1990 г. подчеркивают важность решений, в которых доминирует скорее покупатель, чем поставщик, — т.е. продиктованных прежде всего потребностями, а не соображениями возможностей или удобства снабжения.

В 1993 г. в развитие данного закона на муниципалитеты возложена ответственность за управление уходом, от оценки потребностей до предоставления. **Закон под названием «Об общественном уходе (прямые выплаты)» 1996 года** представили людям с ограниченными возможностями в возрасте от 18 до 65 лет возможность получать и использовать прямые выплаты – персональный бюджет для того, чтобы нанять личного ассистента, а право на выделение персонального бюджета принадлежит муниципалитету. Сегодня обеспечен доступ к персональному бюджету любому человеку с ограниченными возможностями старше 16 лет. На властях Уэльса, Шотландии и Северной Ирландии лежит большая, чем в муниципалитетах ответственность и право решения вопросов инвалидности и социального ухода.

Следующим шагом Правительства Великобритании стало принятие в **2008г. Программы «Стратегия независимой жизни»**, где изложены меры для улучшения доступа к жилью, образованию, занятости, отдыху, транспорту, участию в жизни семьи и общества. Стратегия направлена на содействие реализации **Конвенции ООН «О правах инвалидов»**, ратифицированной в **2007 году**. Муниципалитеты управляют широким спектром услуг, в т.ч. персональная помощь; специальное жильё; услуги реабилитации и дневных центров; услуги разделения заботы с семьей; предоставление оборудования для компенсации нарушений, адаптации помещений; оказание медицинских услуг на дому и в больницах, отвечающих потребностям здоровья.

Организация системы личных бюджетов и индивидуальной помощи. С принятием **Закона «Об общественном уходе (прямые выплаты)»** у совершеннолетних имеется возможность выбора:

- 1) получения личного бюджета прямой выплатой;

- 2) возложить ответственность за заказ услуг на местные службы, но самому выбрать кто и как окажет услуги;
- 3) сочетанием двух предыдущих вариантов, называется «личный бюджет, управляемый советом».

Примером этого является «фонд индивидуального обслуживания», чаще всего используемый людьми, которым необходим домашний уход. При таком виде финансирования, деньги находятся у человека, организующего уход, но сам пользователь услуг имеет возможность выбрать, на что потратить все или часть средств.

Англия имеет один из самых высоких показателей количества держателей личного бюджета в Европе. Более чем у 400 000 людей имеется доступ к личному бюджету. К марту 2012 года 53% пользователей услуг в Англии были записаны на программу личного бюджета. Прямые выплаты обычно пользуются большим спросом среди молодёжи, а спрос среди людей с проблемами психического здоровья и пожилых людей с нуждами по уходу гораздо ниже. В 2008 году проведена национальная оценка (IBSEN) системы «личного» бюджета, после того как 13 муниципалитетов по всей Англии в течение двух лет опробовали ее. Установлено, что личные бюджеты были «в целом хорошо приняты пользователями услуг, предоставляли большие возможности выбора и управления организацией помощи, чем обычные механизмы социального ухода».

В Великобритании также принят **Акт о равных правах 2010 года**. Согласно Акту о равных правах, который на сегодняшний день считается основополагающим нормативным документом о правах инвалидов в Великобритании, дискриминация или особое отношение к людям с ограниченными возможностями со стороны работодателя считается недопустимым. Также работодатель обязан вносить разумные коррективы в производственный процесс, которые делают участие инвалидов в нем возможным. Кроме того, в стране разработана особая система защиты людей, которые ошибочно воспринимаются как инвалиды.

В вопросах оздоровления Акт регламентирует свободный доступ инвалидов к социальным и медицинским сервисам. Под медицинскими сервисами в данном случае имеются в виду услуги отдельных врачей и больниц в целом.

Отдельно Акт предусматривает, что лечебные учреждения обязаны вносить корректировки в свою деятельность для того, чтобы их услугами могли воспользоваться люди с разными возможностями. Такие изменения могут включать в себя, например, предоставление любой информации в том виде, в котором она может быть прочитана людьми с проблемами зрения. Как и в любой другой сфере, отдельные положения предусматривают и предупреждение дискриминации лиц, которые ассоциируются с инвалидами, но не являются ими.

Акт устанавливает равные права для всех в вопросах получения образования как детьми и студентами, так и взрослыми.

Многие люди с психическими отклонениями могут не классифицировать себя как инвалиды, но являться ими по объективным признакам. В таких случаях законодательство Великобритании применяет к таким лицам те же нормы Акта о равенстве, что и инвалидам любой другой категории. Также права людей с душевными болезнями, особенности их оценки и лечения, регулирует Акт о психическом здоровье 1983 года. Продолжает действовать и Закон об умственных способностях, который призван защитить лиц с низкими умственными способностями и/или психическими отклонениями. Этот нормативно-правовой акт определяет четкие границы принятия решений для такой категории инвалидов и специалистов, которые с ними работают.

**Литовская Республика. Конвенция ООН «О правах инвалидов» ратифицирована Литовской Республикой 27 мая 2010 года, принят Закон «О социальной интеграции лиц с недугом»<sup>5</sup>, определены условия для интеграции,**

---

<sup>5</sup> <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.287798?jfwid=-n126u3sdm>

развития независимости и самостоятельности лиц с инвалидностью. Развитию сети услуг, приближенных к месту жительства способствовала система прямых выплат и социальный заказ. Установлен перечень альтернативных услуг дневного ухода и дневной занятости:

- гарантированные услуги раннего вмешательства в развитие детей до 3 лет с особыми нуждами;
- инклюзивные социальные и образовательные услуги;
- выплаты для приобретения услуг транспорта;
- выплаты для приобретения услуг жилья с уходом, в некоторых случаях на условиях частичной сооплаты;
- пособий для компенсации затрат на покупку специального транспорта;
- социальной помощи для поддержки занятости;
- субсидирование социальных предприятий для адаптации среды и создания рабочих мест для инвалидов;
- определена политика в области строительства, здравоохранения и образования и др.

Правительством приняты и успешно реализуются **3 Национальные Программы: 1-период 1992-2002 годы, 2-период 2003-2012 годы, 3-период 2013-2019 годы.**

Департамент по делам лиц с ограниченными возможностями МСЗиТ Литвы координирует осуществление данной программы и помогает ведомствам формировать политику социальной интеграции. Внедрена комплексная оценка потребностей граждан с инвалидностью, включающая такие сферы как: образование, самостоятельность в повседневной жизни, здоровье, факторы внешней социальной и физической среды. Оценка включает определение степени потери функций в процентах (тяжелая, средняя и легкая), трудоспособность лицам от 18 лет до пенсионного возраста. Для удобства социальных работников применяются вопросники: а) для определения особых потребностей и б) для определения способности к самообслуживанию и продуктивному труду. Результаты оценки обеспечивают возможность планирования индивидуальной программы поддержки и услуг, определить вместе с получателем услуг

организацию, в которой он предпочитает получать услуги и их содержание. В 2014 году разработана Стратегия охраны психического здоровья населения Литвы, которая находится на стадии обсуждения и согласования.

Проанализировав ряд международных актов, а также опыт нескольких зарубежных стран, приходим к нескольким выводам

### **III. Информация о практической стороне оказания специальных социальных услуг населению в сфере психиатрической помощи в учреждениях здравоохранения.**

Для изучения практической стороны вопроса в рамках данного проекта было организовано анкетирование в ООД КД «Альрами», г.Павлодар. Анкеты содержали несколько простых вопросов, респондентами выступали члены клуба и Центра «Феникс».

Первый вопрос касался продолжительности нахождения в лечебных учреждениях и эффекта от такого лечения.

Ответы на этот вопрос выглядят несколько субъективно, тем не менее, содержат информацию из первоисточника. На этот вопрос респонденты указали, что эффекта практически не наблюдается. Также все время нахождения там пациенты ничем не заняты.

Один респондент указал, что есть положительный эффект от пребывания в клубном доме, где он забывает о своих недугах. Также указали, что с тех пор, как стали посещать клубный дом, стали реже попадать в медучреждения, многие не госпитализировались по три и более лет.

Родители указали, что пациенты находятся в учреждении по 30 дней, после чего состояние здоровья улучшается. Хотя, это больше похоже на успокоительный эффект.

Один родитель отметил, что родственников в помещения, где лежат больные, как правило, не пускают, поэтому сложно сделать выводы об условиях пребывания.



Следующий вопрос был о том, имеют ли место грубость, унижения, наказание и т.п. Некоторые респонденты указали, что их бьют, санитары используют ненормативную лексику. Также указали, что есть камеры видеонаблюдения, но их никто не просматривает. Один респондент отметил, что персонал допускает использование грубых слов и выражений в адрес пациентов.

Препараты. Финлепсин подходит не всякий, только производства Польша и Германия.

Некоторым приходится покупать препараты за свои деньги, учитывая, что пенсия мизерная, то приходится ущемлять себя в продуктах питания. Бывают проблемы с лекарствами, не всегда бывают в наличии, часто приходится покупать за свой счет.

Жалобы на плохое питание у многих. Жалоба, что всех бреют одной бритвой, ограничивают свободу передвижения, мало гуляют на свежем воздухе.

Необходимо увеличить размер пособия.

Изучая материалы по теме исследования, мы также рассмотрели интервью в газете «Литер» от 14 февраля 2013г., которое дал главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения РК, директор «Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии», д.м.н., профессор С. Алтынбеков. Данное интервью содержало некоторую информацию о текущем положении вещей (на 2012г.), а также о планах государства по реформированию системы психиатрической помощи.

Как отметил г-н Алтынбеков, в первичной медико-санитарной помощи были открыты отделения профилактики и социально-психологической помощи. Для них дополнительно были введены 694 штатные единицы психологов, 2165 социальных работников, на которых возложено оказание

психосоциальной помощи и коррекции. Государство надеется снизить явления госпитализма, уйти от «привыкания к стационарному лечению». Например, по данным ВОЗ, при адекватной работе дневных стационаров уровень госпитализаций может достигать порядка 20,9 процента. Еще одна из озвученных задач системы психиатрической помощи - это сокращение длительности лечения в круглосуточном стационаре до 7-21 дня. Также важна первичная подготовка реинтеграции человека в общество. Это уже третичная профилактика. И все это, как отметил С. Алтынбеков, приведет к снижению затрат на лечение психических больных, то есть к экономии государственных средств. При адекватном функционировании дневных стационаров снижение затрат по данным ВОЗ составляют от 20 до 36,9 процента.

Одним из новшеств, о которых рассказал господин Алтынбеков, должны стать психореабилитационные подразделения или центры. В Казахстане в психиатрических организациях такой структуры не существует. Их необходимо организовывать для взрослых, детей и подростков. Для полного охвата необходимо открытие таких подразделений при всех психиатрических организациях. Структура их будет представлена следующим образом: консультативная помощь психиатра; лечебно-трудоустройство мастерские, разделенные по группам, например, швейный цех, токарный цех, склейка конвертов, парники и т.д.; группа производственного обучения; коррекционно-образовательное подразделение; группа психологической поддержки и психотерапевтическая помощь; а для детско-подросткового возраста игровые залы, воспитательная работа. Еще одно направление - это так называемое «жилье под защитой» с интенсивной помощью для пациентов, утративших социальные связи, которым постоянно требуется медицинская помощь, при психиатрических организациях.

Также он отметил, что в Казахстане необходимо «жилье под защитой» для инвалидов, не нуждающихся в постоянном

медицинском наблюдении, но которым необходимы различные социальные услуги, утративших социальные связи, а также нуждающихся в сохранении личной независимости. Тут надо понимать, что из-за своего тяжелого психического расстройства инвалиды нуждаются в длительной медицинской и социальной поддержке на дому. В связи с отсутствием такой помощи со стороны, в первую очередь, родственников они вынуждены долгое время находиться в больницах по «социальным показаниям». Поэтому примерно 10-20 процентов коечного фонда «блокировано» такими пациентами, становящимися все более беспомощными и закрытыми от повседневной жизни. Держать взаперти месяцами и годами человека за то, что ему некуда идти, негуманно и дорого.

Нужны стационары на дому. В развитых странах мира, например, в Канаде, Великобритании, Италии, Испании и т.д., там, где лечебная сеть работает в условиях жестких финансовых ограничений, добились резкого сокращения расходов на стационарное обслуживание путем развития сети отделений краткосрочного пребывания и стационаров на дому.

Любой пациент, страдающий психическим заболеванием, имеет право на оказание психиатрической помощи на дому, в том числе как альтернативу лечению в психиатрическом стационаре. В стационаре на дому создаются все условия для плодотворного лечения, ухода в условиях, в которых пребывает пациент, то есть в «своем» микросоциуме.

Планируется внедрить в Казахстане мультидисциплинарные бригадные формы обслуживания. Опыт ведущих психиатрических организаций в мире показывает, что реабилитация тяжелых контингентов больных с длительной утратой трудоспособности и выраженной социальной дезадаптацией бывает эффективной, если реабилитационные программы интенсивны, непрерывны, длительны по времени и проводятся координировано в рамках многопрофильной службы.

Вследствие чего необходимы разработка и внедрение биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации, направленные на каждого пациента. Эта модель должна включать в себя целый комплекс мероприятий. И в них, помимо лечащего врача-психиатра, принимают участие психолог, специалист по социальной работе, средний медицинский персонал, которые получили дополнительную подготовку.

Кроме того, использование мобильных бригад будет способствовать активному выявлению лиц, не способных или не желающих посещать специализированные центры, и позволит предоставить им эффективную медико-социальную помощь.

На сегодняшний день в Казахстане, к сожалению, отсутствует комплексность в проведении патронирования инвалидов между социальными работниками и медицинским персоналом. А о необходимости данной меры можно судить по опыту Канады. Там принято, что пациент находится в психиатрической клинике лишь во время так называемого «эпизода», то есть острого психического состояния. Затем, если его здоровье улучшается, он возвращается в социум. И вот здесь большую роль в его адаптации играют специально обученные социальные работники. Они взаимодействуют не только с самим инвалидом, но и с его семьей, соседями, друзьями. Делают все, чтобы человек мог полноценно интегрироваться в обычную повседневную жизнь.

Сейчас в Казахстане люди с ментальными расстройствами могут быть или помещенными в государственные психиатрические учреждения, или находиться дома, под присмотром родных. Это — единственная альтернатива. В странах Европы картина иная, потому что еще в 50-х годах прошлого века там был инициирован процесс реформирования психиатрической службы. Акцент был сделан на сокращении психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи для людей с нарушениями психики. Например, в итальянском Триесте к 1978 году после проведения

психиатрической реформы количество принудительных госпитализаций сократилось с 1200 до 30. Сейчас в Италии, Швейцарии и Швеции **ликвидированы все психиатрические больницы**. Вместо них создаются альтернативные службы адаптации и реабилитации людей, имеющих такого рода проблемы. При таком отношении со стороны окружающих после лечения пациентам удается найти себя и свое место в жизни.

В Казахстане до сих пор работают учрежденные еще в советские времена психиатрические клиники, в каждой из которых содержится по 500 человек и более. По сути, в нынешнем виде эта система предназначена больше для **контроля над людьми с психическими отклонениями**, нежели для настоящей помощи им.

Оставаясь в стенах психиатрических учреждений, пациенты оторваны от жизни и отвержены обществом, с которым тоже не проводится специальной работы, чтобы преодолеть негативное восприятие больных, которые заслуживают сочувствия. Как правило, у людей с психическими расстройствами нет собственного жилья, нет работы, круг их общения чрезвычайно ограничен, и это означает, что они не имеют почти никакой возможности социализироваться. Усугубляется все это и тем, что в большинстве случаев **в таких учреждениях все пациенты проходят интенсивное медикаментозное лечение**, которое вместе с агрессией подавляет в них любые другие эмоции.

Кроме того, необходимо учесть и тот факт, что на одного психиатра приходится в среднем по 20-30 (!) пациентов. В таких условиях у него нет времени провести тщательное обследование, даже если он врач высокой квалификации. В результате из этих больниц человек выходит не выздоровевшим; наоборот, он еще больше отдаляется от своей личности и общества.

Зная со слов пациентов и специалистов о проблеме большого количества пациентов, которое приходится на одного врача психиатра, в рамках данного исследования, было решено

проверить эту информацию. Был направлен соответствующий запрос в Управление здравоохранения Павлодарской области, на который был получен ответ №5/3-04/293 от 12.05.16г. Из данного ответа следует, что согласно Приложению №1 приказа №238 МЗ РК от 07.04.10г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» нормативная нагрузка на врача составляет 30 коек.

Основываясь на опыте **Италии, Венгрии, Эстонии и Швейцарии**, где закрытым психиатрическим интернатам создана альтернатива в виде малокомплектных центров, клубов и домов для людей с ментальными заболеваниями, в Казахстане общественное объединение «Психоаналитическая ассоциация» при финансовой поддержке фонда «Сорос-Казахстан» решило реализовать проект «Дневной центр для молодежи с нарушениями психического здоровья». Работа этого центра направлена на психосоциальную реабилитацию и социальную интеграцию группы молодежи с нарушениями психического здоровья. В этом центре пациенты вместо привычных больничных коек, гнетущих «клеток» и неприятных запахов от лекарств встречают теплую домашнюю атмосферу и доброжелательный персонал.

### **Экономическое обоснование внедрения мирового опыта альтернативных видов помощи вне стен «больших» психиатрических организаций**

На настоящий момент, несмотря на декларативные заявления и планы о деинституционализации психиатрической службы, казахстанская система основана на использовании крупных организаций здравоохранения. Характеристики учреждений данного типа уже неоднократно приводились в отчетах, сделанных ранее другими организациями, но к основным относятся: большое количество койко-мест, большое

количество пациентов на одного врача, полное бюджетное финансирование. По наблюдениям внешних исследователей, а также по отзывам самих пациентов и их близких, атмосфера в таких учреждениях не располагает к созданию дружелюбного климата, а также к подготовке пациентов к их дальнейшей интеграции и социализации в общество. Более того, подобные учреждения по-прежнему остаются закрытыми как в прямом, так и в переносном смысле. В качестве примера можно привести опыт взаимодействия с КГКП «Павлодарский областной психоневрологический диспансер», куда ОФ «Врачи против наркотиков» обратился с запросом о предоставлении информации по объемам и структуре бюджета данной организации. Вопреки требованиям законодательства (Закон «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Закон «О доступе к информации»), а также элементарной логике и здравому смыслу, ответ был дан такого содержания: «Для изучения ситуации по вопросам реформирования психиатрической службы в РК вы можете обратиться в «Республиканской научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК» (письмо от 22.07.2016г., исх.№ 1-11/995). Таким образом, была дана обычная отписка, абсолютно не по существу запроса, кроме того, рекомендуемая обратиться в несуществующий орган – МЗ РК (с 2014г. в Казахстане существует МЗСР – Министерство здравоохранения и социального развития). В результате информация об объемах и статьях бюджета Павлодарского ОПНД получена не была.

Как следствие подобной ситуации, пациенты, а также их родственники обладают низким уровнем знаний о своих правах, о государственных гарантиях, также об альтернативных возможностях прохождения лечения и реабилитации.

Среди наиболее типичных жалоб пациентов и их родственников - жалобы по поводу большой очереди в медико-социальные учреждения, недоступность гарантированных лекарственных средств.

Социальная защищенность также оставляет желать лучшего, в частности, для инвалидов установлен достаточно низкий размер пособий: I гр. – 43849 тенге, II гр. – 34934, III гр. – 23758 (на момент проведения исследования в 2016г.).

Вместе с тем, объем выделения бюджетных денежных средств, в 2015 году, был весьма значительным. Так, согласно исследованиям, проведенным ОФ «Аман Саулык», финансирование составило от 857 тыс. до 1,97 млн. тенге на одного человека в год. Конечно, это достаточно примерный подсчет, который, скорее всего, производился простым методом деления общего бюджета учреждения на количество пациентов. Но и такой метод дает понять, что в некоторых регионах, где количество пациентов относительно невысокое, объемы финансирования на одного пациента, т.е. бюджетные затраты, получаются значительными.

В Павлодарской области расходы на финансирование ОПНД в 2016г. составили более 1 млрд. тенге (849 885,0 тенге из областного бюджета и 180 968,0 тенге из республиканского бюджета). При этом общее количество пациентов, получивших лечение в год может составить примерно 2200 человек. Иными словами стоимость нахождения одного пациента в год для бюджета обходится примерно в 500 тыс. тенге.

Здесь важно сделать одно замечание. Финансирование государственного учреждения в любом случае будет идти в утвержденном объеме, независимо от того, сколько фактически пациентов находилось в нем. А, прежде всего, в расчете общего количества мест. При этом, когда НПО оказывают услуги для подобных пациентов в практике были случаи прокурорских проверок. Проверки «выявляли», что на момент их посещения вместо, например 20 пациентов, которые должны были находиться на обслуживании, фактически оказалось 19. Итогом таких проверок было предписание вернуть бюджетные деньги, которые НПО неправомерно истратило на отсутствующего на момент проверки одного пациента. В государственных учреждениях таких примеров нет – средства выделяются, расходуются,



осваиваются вне зависимости от фактического количества пациентов. Как минимум, это не справедливо по отношению к негосударственным организациям.

В целом же, на настоящий момент примеры, когда специальные социальные услуги (ССУ) в области психического здоровья оказываются силами НПО, являются единичными. Однако, располагая данными о количестве НПО, действующих в целом по стране, а также в разрезе регионов, можно не только предположить, но и утверждать, что при наличии более приемлемых условий в каждом регионе могут появиться (или перепрофилироваться) НПО, способные оказывать такие услуги. Ведь процесс развития ССУ, оказываемых силами НПО в других регионах, который начался в 2009г. после принятия соответствующего закона, также шел непросто, были сомнения, у многих организаций не было соответствующей материально-технической базы, опыта и т.д. Несмотря на это, за прошедшие 6-7 лет в каждой области есть НПО, оказывающие ССУ. В целом органы социальной защиты отзываются положительно об их деятельности, получатели услуг также удовлетворены.

Согласно Статистическому сборнику «Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан», на 01.01.15г. в стране функционировало 29 психиатрических организации, в которых функционировало 8750 коек. Внебольничную психиатрическую помощь населению республики оказывали 19 психоневрологических диспансера, 14 диспансерных отделений психиатрических больниц, 187 психиатрических кабинета, 32 психотерапевтических кабинета, 74 специализированных психиатрических бригад «Скорой медицинской помощи», 2 лечебно-трудовых мастерских.

Что касается негосударственных организаций, оказывающих услуги в сфере психиатрии, а чаще всего, это НПО, то в целом по стране, их можно насчитать не более десятка.

Несмотря на значительное количество государственных учреждений, объемы финансирования, а также гарантии, установленные законодательством, в Казахстане по состоянию на 01.01.15г. существовало всего 3 лечебно-

трудовых мастерских (в ВКО, Алматинской и в Ақмолинской области) на 53 места. Иными словами, предусмотренные по закону услуги в части обучения трудовым навыкам, фактически не оказываются.

В отношении структуры расходов МСУ, то они включают в себя следующие основные статьи:

- 1) Заработная плата персонала
- 2) Коммунальные услуги
- 3) Капитальный/текущий ремонт
- 4) Техника и оборудование
- 5) Питание больных
- 6) Лечебные материалы
- 7) Лекарственные средства
- 8) Прочие текущие затраты

При этом, нагрузка на врачей государственных МСУ в некоторых регионах достигает до 63 больных на одного врача. Соотношение количества персонала на количество больных в регионах составляет от 46% до 69%.

В отношении расходов частных организаций, можно привести данные о расходах Клубного дома «Альраами» (г.Павлодар) за 2016г. Так, было выделено средств, согласно договору, заключенному в рамках государственного социального заказа в объеме 20817157,90 тенге. В структуре расходов:

- 1) Фонд оплаты труда - 13 030 099,00 тенге.
- 2) Налоги - 1 296 178,00 тенге.
- 3) Питание пациентов - 5 236 000,00 тенге.
- 4) Приобретение ТМЗ и оплата услуг - 1 254 880,90 тенге.

Учитывая, что оказание услуг началось с 18.04.2016г., их продолжительность составит 8,5 месяцев или 187 чел./дней. Таким образом, стоимость одного пациента в данном частном учреждении обходится в 297387,97 в год, тогда стоимость 1 чел./дня составляет 1590,31 тенге.

При этом соотношение количества персонала к количеству пациентов составляет примерно 12% к 88%.

Исходя из изложенного выше, можно сделать важный вывод: затраты государственных учреждений больше направлены на содержание больных, нежели на реабилитацию, социализацию и т.п. Содержание круглосуточное, что предполагает существенные расходы. При этом количество пациентов, одновременно находящихся в МСУ, может быть незначительным. Возникает вопрос об эффективности использования бюджетных средств. В целом, оценивая эффективность в сфере здравоохранения, исследователи, как правило, оценивают эффективность в трех плоскостях: 1) Эффективность экономическая; 2) Эффективность социальная и 3) Эффективность медицинская. В целом оценка медицинской эффективности не являлась предметом данного исследования, однако, косвенно этот вопрос неоднократно был затронут ранее. Прежде всего, следует отметить, что Казахстан подтвердил свою готовность к деинституционализации, чем признал, что существующая модель психиатрической помощи недостаточно эффективна. Отзывы пациентов и их родственников также подтверждают эту гипотезу. В частности, указывается, что пребывание в стенах стационара помогает лишь временно, сама атмосфера учреждений не располагает к позитивному восприятию жизни, реабилитации, социализации и т.п. Соответственно, при отсутствии медицинской эффективности, не приходится говорить о социальной эффективности. Ведь при наличии психического заболевания или расстройства страдает не только (и не столько) сам больной, сколько его близкое окружение. Социальная эффективность затрагивает сразу несколько аспектов – это и отношения в семье, и возможность занятости, и чувство востребованности, и доступ к образованию, и возможность получения дохода и многое другое. Если же медицинская эффективность низка, то есть причина, которая привела к ограничениям и барьерам в жизни, не устранена, то и социальной эффективности не будет.

Понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства<sup>6</sup>. В здравоохранении даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники может быть «нулевой» и даже «отрицательный» результат.

Расчет показателей эффективности здравоохранения производится по следующим направлениям:

**1. По виду эффективности:** медицинская; социальная; экономическая.

**2. По уровню:** уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень народного хозяйства.

**3. По этапам или разделам работы:** на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации.

**4. По объему работы:** эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ.

**5. По способу измерения результатов:** через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты.

**6. По затратам:** по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.

**7. По форме показателей:** нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.<sup>7</sup>

Итак, **Медицинская эффективность** - это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного - это выздоровление или улучшение

---

<sup>6</sup> Подходы к оценкам эффективности здравоохранения, Ростовцев В.Н.

<sup>7</sup> М.Д.Дуганов, Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. Москва, Институт экономики переходного периода, 2007.

состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Медицинское вмешательство может быть более результативным, если научный уровень и практика его проведения обеспечивают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов. Но даже при идеальном качестве медицинского труда может быть не достигнута конечная цель - здоровье человека.

В данном исследовании мы в силу различных, в основном, объективных причин, нам не удалось получить многие данные, которые бы позволили нам сделать более качественную оценку. *Тем не менее, даже общедоступная, статистическая и отчетная информация говорит о том, что количество пациентов с наличием психических заболеваний или расстройств не только не снижается, но и наоборот – увеличивается. Говорить об эффективности, точнее – о результативности лечения также не приходится. Как подтверждает практика о полном излечении речь вообще не ведется, по факту, чаще всего, после медицинского вмешательства происходит краткосрочный эффект, но по истечении некоторого времени пациент возвращается в прежнее состояние.*

**Социальная эффективность** - это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного - это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли - это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой

оказания медицинской помощи.

*Социальная эффективность зависит напрямую от медицинской эффективности. И, поскольку медицинская эффективность находится на низком уровне, то и социальная не очень высока. Иными словами, если не устранена причина – наличие заболевания, то невозможно говорить о нормализации отношений в семейном окружении, о возвращении человека к трудовой и экономической деятельности и т.д.*

**Экономическая эффективность** - это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Особенность здравоохранения заключается в том, что нередко медицинские мероприятия лечебного и профилактического характера могут быть экономически невыгодны, однако медицинский и социальный эффект требует их проведения. Так, при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью и т.п. при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным. При использовании современных медицинских препаратов, интенсивной терапии и реанимации достигается медицинский и социальный эффект - сохраняется человеку жизнь, однако он может стать инвалидом и лишиться возможности заниматься общественно-полезным трудом.

В медицине нет четкой взаимосвязи между количеством затраченного врачом труда и конечным результатом. Не всегда сэкономленный за счет восстановления здоровья труд больше вложенного врачом на одну и ту же величину. Например, при одинаковой патологии на пожилого человека будет затрачено больше времени и средств, чем на молодого, а результат может быть неоднозначным. Для понимания особенностей проявления экономической эффективности в здравоохранении большой интерес представляет анализ эффективности последовательных затрат труда медицинских работников. Наиболее эффективными являются первоначальные затраты труда на уровне, обеспечивающем перелом в ходе болезни. Последующие затраты способствуют ускорению выздоровления, но в принципе, они уже не являются столь же эффективными, как первоначально.

*Медицинская деятельность характеризуется результатами и затратами. Соответственно, между этими категориями может быть установлено соотношение, проанализированы условия и обстоятельства для его улучшения с учетом достижения максимальной эффективности реализации медицинских целей и задач. Вместе с тем в здравоохранении не существует тех условий и факторов для измерения эффективности, которые существуют в производственной сфере, и в здравоохранении более чем где-либо, чрезвычайно сложно и даже невозможно выявить и измерить все достигнутые результаты.*

Итак, как уже указывалось выше, применительно к здравоохранению определяются три вида эффективности как соотношение затрат и полученных результатов. И если к подсчету затрат может быть применена какая-либо одна математическая методика, то результаты в силу своей специфичности могут быть не только различными, но и не всегда поддающимися количественно точному определению. К примеру, затраты на предоставление паллиативной помощи неизлечимому больному с медицинской точки зрения совершенно неэффективны. Болезнь вылечить не удастся, зло в данном случае (по определению Гиппократ) превосходит

средства медицины. Экономической эффективности мы здесь также не можем обнаружить, так как пациент уже не только не вернется в число полноценных работников, не будет участвовать в создании прибыли, производстве национального дохода и т.д., но и во, многих случаях просто не сможет оплатить свое лечение. Но, с точки зрения социальной эффективности, эти, казалось бы, бесперспективные затраты приобретают совершенно особое значение и имеют вполне определенный результат, воплощенный в человеколюбивой нравственной атмосфере, господствующей в данном обществе.

Изучив несколько методов и подходов к оценке эффективности услуг здравоохранения, отметим, что *с учётом проблем оценки качества медицинской помощи наиболее корректному измерению поддаётся экономическая эффективность. Тем не менее, для потребителей медицинских услуг наибольшее значение имеет их социальная эффективность.*

Общая оценка эффективности расходов на здравоохранение предполагает определение соотношения достигнутого социально значимого результата и потраченных при этом ресурсов. *Эффективное расходование общественных средств заключается в достижении поставленной цели при максимальной экономии финансовых ресурсов.*

При анализе эффективности расходования ресурсов должны быть определены:

- набор индикаторов, характеризующих достижение поставленных целей;
- нормативные значения контрольных индикаторов;
- шкала для численной оценки полученных результатов, предполагающая единый алгоритм оценки отклонения достигнутых показателей от нормативного значения.

На основании оценок отклонения достигнутых показателей от нормативного значения определяется общий коэффициент достижения результатов (индекс результативности). Критериями результативности деятельности медицинских учреждений выступают:



- степень достижения поставленных целей, выраженная через сопоставление достигнутых и плановых показателей;
- экономическая эффективность использования ресурсов;
- правильность выбора медицинских технологий и соблюдения стандартов их качества.

Применение единой системы показателей для оценки результативности государственных расходов в здравоохранении позволяет оценивать степень достижения поставленных целей по повышению эффективности использования ресурсов при помощи числовых критериев.

Как известно, главными целями здравоохранения являются улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни. Продуктом, производимым в системе здравоохранения, следует считать здоровье населения. Ресурсы здоровья населения определяют качество и объём трудовых ресурсов страны. Потери здоровья ведут к прямым и косвенным экономическим потерям. Сохранение здоровья приводит к предотвращению экономических потерь. Увеличение ресурса здоровья населения приводит, соответственно, к экономической отдаче в виде роста прибыли. В структуре ресурсов здоровья как производимого продукта следует выделять добавленные (путём оздоровления), сохранённые (путём профилактики) и возвращённые (путём лечения и реабилитации) ресурсы здоровья. Отсюда основными способами производства ресурса здоровья являются оздоровление, профилактика, лечение и реабилитация.<sup>8</sup>

При этом важно обратить внимание на следующую рекомендацию: *наиболее приоритетным видом государственного финансирования является финансирование оказания первичной медико-санитарной помощи и профилактической медицины; оказывая максимальный объём помощи на первичном уровне, можно получить значительную экономию, предотвращая высокие и ненужные расходы на уровне вторичной медицинской помощи.*

Также существует точка зрения, что, поскольку основной целью здравоохранения является улучшение здоровья населения, эффективность системы здравоохранения в целом логически правильно оценивать не по уменьшению частоты отрицательных явлений (заболеваемость, инвалидизация, смертность), а по увеличению частоты положительных результатов. В цепочке "здоровье - заболевание - инвалидность - смерть" положительным результатом является только здоровье, а остальные позиции относятся к категории отрицательных явлений. *Отсюда, системные оценки эффективности здравоохранения должны опираться на показатели собственно здоровья населения.*

Примечательно, что Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 — 2019 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176, не содержит каких-либо целей, задач, показателей касательно улучшения ситуации с психическими заболеваниями/расстройствами. В Разделе 5.1.2 говорится лишь о том, что будут определены и реализованы мероприятия, направленные на формирование физического и психического здоровья детей и подростков, обучение родителей и преподавателей распознаванию признаков неустойчивости психики, угрожающего суицидального поведения детей и подростков, тактике дальнейшей работы с ними с привлечением социальных работников, профильных служб здравоохранения (противотуберкулезная, наркологическая, психиатрическая) с представителями участковых служб МВД и других заинтересованных государственных органов (психологов и инструкторов по делам несовершеннолетних системы МВД и др.).

Анализ затрат государственного бюджета (независимо от уровня) говорит о том, что средства вкладываются в устранение последствий — содержание в МСУ и медикаментозное лечение. Вместе с тем, многие зарубежные страны находят подходы и возможности для

профилактических мер. Скорее всего, влияние на причины проблемы экономически будет более оправдано, чем попытка устранить ее последствия.

Соотношение планируемых в этом направлении затрат и мероприятий к ожидаемому эффекту говорит не в пользу повышения эффективности. Ежегодно повышаются зарплаты работников бюджетной сферы, в том числе – врачей. Поэтому работники МСУ ожидают улучшения своего материального обеспечения в любом случае, часто не зависимо от результата своей деятельности. В определенных сферах медицины оценку произвести возможно, отталкиваясь от поставленных задач, а также индикаторов и показателей их выполнения. Например, можно измерить ситуацию с материнской и младенческой смертностью, с уровнем распространения или сокращения такого заболевания, как туберкулез, можно измерить выявляемость онкозаболеваний на ранних стадиях. Однако вопрос о том, как измерить эффективность психиатрической службы пока не так легко поддается измерению и оценке.

**В целом подводя итог данного исследования, можно сделать вывод о том, что система государственной психиатрической помощи ежегодно требует значительного бюджетного финансирования, направленного, прежде всего, на нужды самой системы. Как и в большинстве учреждений с государственной формой собственности, где финансирование зависит не от эффективности и результативности, а от правильного и своевременного освоения выделенных средств, мы наблюдаем ситуацию, при которой государство финансирует процесс. Иными словами, вне зависимости от того, чем этот процесс закончится – будут ли улучшения с точки зрения медицинского эффекта, будет ли человек возвращен в социальную среду, улучшатся ли для него возможности трудиться, получать доход и т.п. – в любом случае, процесс выполнения какой-либо деятельности будет профинансирован.**

**Контент-анализ средств массовой информации показал, что на протяжении, как минимум, пяти последних лет, государство говорит о своих целях изменить ситуацию с психиатрической службой в стране; на заседаниях, круглых столах, конференциях повторяются фразы о намерении деинституционализировать службу. Фактически же, ситуация остается практически неизменной. Эффект от существующей службы низкий. Однако реальные реформы так и не проведены.**

**Учитывая поэтапный и системный рост затрат государства за прошедшие периоды в систему здравоохранения в целом, а также в финансирование психиатрической службы, в частности, экономическая эффективность подобного подхода крайне сомнительна. Ряд системных проблем по-прежнему не решен. Так, пациентам практически всегда приходится нести дополнительные расходы на лечение, существует вопрос с доступностью МСУ для сельского населения, гарантии в отношении труда, обучения, занятости не выполняются, кадровый дефицит, а также качество подготовки кадров – это одна из ключевых проблем, высокая нагрузка на одного врача и т.д.**

Вместе с тем, в стране уже есть апробированная практика реализации определенного вида услуг для пациентов с психическими заболеваниями/расстройствами через НПО. Финансирование НПО происходит в рамках государственного социального заказа. Бюджеты таких проектов, как правило, не сопоставимы с бюджетами государственных учреждений – они в разы ниже. В данном случае сложно говорить о медицинском эффекте, для этого нужна серьезная экспертная оценка. Вместе с тем, экономический эффект очевиден – государству такая деятельность обходится дешевле. Также важно сказать о социальном эффекте – анализ отзывов пациентов и их близких показывает, что такие сложные для оценки категории, как внутренний климат или психологическая атмосфера, доброжелательность, социальная адаптация и т.п. – все это присутствует в негосударственных

учреждениях, которые работают по другим принципам и правилам, используя, например, модель клубного дома.

Ряд НПО уже предпринимал ранее попытки разработать методологию деинституционализации психиатрической службы в Казахстане. При этом часто использовался достаточно примитивный, на первый взгляд, метод: перераспределить средства, выделяемые на финансирование одного отдельно взятого МСУ (например, ОПНД) и направить их на финансирование нескольких негосударственных учреждений, работающих по принципиально отличной модели. При всей простоте данного метода, он может наглядно проиллюстрировать, какие резервы можно высвободить на уровне, например, одной области. Так, согласно данным Управления здравоохранения Павлодарской области, в 2016г. на финансирование Павлодарского ОПНД выделено 1 030 853 000 тенге (из областного и республиканского бюджета). Как отмечалось выше, бюджет одного негосударственного учреждения, обслуживающего 70 чел., составляет примерно 20-25 млн. тенге в год. Согласно данным того же Управления здравоохранения области, за первый квартал 2016г., в ОПНД лечение приняли 555 пациентов. Учитывая, что продолжительность лечения ограничена двумя месяцами, можно предположить, что среднегодовое количество пациентов останется в пределах 600 человек. Среди этой группы, конечно же, есть пациенты с разными диагнозами, разного уровня сложности заболеваний и т.д. Однако, если подходить из соображений «среднего» пациента, то в год такое количество пациентов может обслуживаться силами 8-10 негосударственных учреждений. Зная, что годовой бюджет одного учреждения составляет порядка 25 млн. тенге, мы можем предположить, что 10 учреждений в год обошлись бы бюджету примерно в 250-300 млн. тенге. А это примерно 25% тех расходов, которые бюджет несет сейчас, в 2016г. Конечно же, это очень грубый и приблизительный метод подсчета. Тем не менее, даже если делать более детальный постатейный анализ, принимая во внимание наличие в некоторых случаях

специального оборудования или иной материально-технической базы, полагаем, что экономия может быть значительная. Тем более, что в этом случае может быть также решена проблема доступности психиатрической помощи. Ведь сейчас ОПНД расположены в областных центрах, а в случае передачи функций оказания услуг в негосударственные учреждения, можно размещать заказ, в том числе, и в организациях, работающих в небольших городах или районных центрах.

В данном случае, помимо общей рекомендации о том, что можно реально деинституционализировать систему, передав функции по работе с пациентами в негосударственный сектор, можно сформулировать несколько более специфичных рекомендаций:

Передача должна осуществляться поэтапно. Для чего у ответственных государственных органов должны появиться соответствующие программные стратегические документы на период 3-5 лет. А также соответствующий операционный план/план мероприятий на ближайший год, с указанием основных мероприятий, сроков, ответственных, результатов.

Можно выбрать на ближайший календарный год 2-3 региона, в которых провести так называемые «пилоты» - пробные проекты с вовлечением негосударственных учреждений в предоставление услуг для целевой категории пациентов. Здесь можно также рекомендовать использовать опыт НПО – практиков, которые уже работают по альтернативной модели, а также экспертов.

Важно создать для НПО соответствующие условия, мотивирующие к участию в конкурсах на размещение государственного социального заказа. Обеспечить их методическими рекомендациями, возможно обучить участию в электронных закупках.

В перспективе, возможно, что НПО смогут обеспечить и более широкий спектр услуг, связанный с лечением. Для этого необходимо рассмотреть возможность, изучить текущую ситуацию с правовыми нормами, требованиями к МТБ и т.п., для того, чтобы в НПО могли работать также и

врачи, имеющие соответствующие специальности (например – психиатры).

В целом результаты данного исследования позволяют сделать вывод о том, что постепенный, но контролируемый и фактический переход к альтернативным моделям оказания услуг для людей с психическими заболеваниями и расстройствами, когда услуги оказываются негосударственными учреждениями, может привести к повышению эффективности экономической, т.е. лучшие результаты с меньшими затратами. Также к социальной эффективности, когда пациенту будут предложены качественно новые услуги, направленные на максимальное обеспечение реализации его прав на практике. А в перспективе – и к медицинской эффективности, которая заключается в достижении прогресса при лечении непосредственно самого заболевания.

## **Выводы и рекомендации**

Оценив в совокупности весь объем собранных данных, можно сделать следующие выводы и предложить свои рекомендации.

1. В целом, рассмотрев весь объем актов и отдельных правовых норм, мы можем сделать вывод о том, что Республика Казахстан за последние несколько лет существенно реформировала систему оказания психиатрической помощи населению.

2. Также важно отметить, что все основные нормы, содержащиеся в международном законодательстве, касающиеся прав людей с психическими заболеваниями и расстройствами, так или иначе отражены в национальном законодательстве.

3. С точки зрения действующего законодательства, имеется потенциал для улучшения положений людей, имеющих ментальные нарушения. Однако основная рекомендация в

этом направлении – это продолжать применять методы, которые направлены не на изоляцию таких людей, а на интеграцию их в общество, насколько это возможно.

4. Система оказания психиатрической помощи, несмотря на значительные улучшения на правовом уровне, тем не менее, более придерживается исторически сложившегося положения, при котором системы выполняет функции контроля, сдерживания, ограничения и изоляции пациентов.

5. В ходе данного исследования было рассмотрено несколько отчетов, выполненных известными казахстанскими НПО, а также представителями сообщества профессионалов – психиатров. В таких отчетах детально описывается опыт, применяемый в зарубежных странах. Многие авторы таких отчетов сами стали участниками различных визитов и программ, в ходе которых имели возможность лично ознакомиться с опытом других стран. Практически все такие отчеты говорят о пользе и эффективности применения альтернативных центров по реабилитации людей с психическими отклонениями. Вместе с тем, на уровне законодательства такие альтернативные службы не предусмотрены. В последние годы в Казахстане хорошо зарекомендовали себя так называемые «клубные дома», которые действуют на базе неправительственных организаций. В законодательстве же не содержится определения «клубный дом». Действующие организации, которые используют модель клубного дома, применяют данный термин для внутреннего использования и удобства идентификации применяемой методологии, т.к. и медицинскому, и психиатрическому сообществу, и иным заинтересованным лицам данный термин понятен. С точки зрения поддержки такой модели, существует пока только возможность внебюджетного финансирования, в основном, речь идет о грантах, зарубежных и международных организаций.

6. Сравнительный анализ количества специалистов – психиатров, которые работают с пациентами за рубежом и в Казахстане, показал, что в нашей стране на одного врача



приходится по стандарту до 30 пациентов. Как утверждают профессионалы, а также люди, которые сталкивались с системой на практике, это очень большое количество. При таком количестве пациентов, врач физически не успевает полноценно охватить каждого больного, у психиатров просто не хватает времени на то, чтобы уделить должное внимание всем пациентам, поскольку они ежедневно должны исследовать и делать назначения более чем двадцати людям с разными нарушениями. Поэтому вывод о неэффективности такого подхода очевиден. Например, в негосударственных центрах или клубных домах, стараются работать с пациентами индивидуально. При работе в группах, применяется подход, при котором малая группа — до 5 человек, работает с ведущим психоаналитиком, в большой группе — от 25 до 35 человек, собираются все пациенты со своими родителями, команда специалистов, волонтеров и других приглашенных гостей. Это позволяет легче освоить навыки общения, которые придают им уверенности перед тем, как выйти в общество.

7. Специалисты констатируют, что обычно в психиатрических клиниках делают упор на применение медицинских препаратов. Как указали близкие пациентов, это дает кратковременный успокоительный эффект. С точки зрения обеспеченности препаратов, то они входят в объем гарантированной бесплатной медицинской помощи, но большинству пациентов приходится также покупать их самостоятельно за собственный счет. Кроме чисто экономической составляющей при анализе обеспеченности медикаментами, мы также увидели факторы медицинские и социальные. Так, многие специалисты полагают, что главная цель при работе с пациентом — это увести больного от агрессии, но действие препаратов приводит к тому, что воля человека подавляется, а он сам лишается каких бы то ни было эмоций. Конечно, в клиниках встречаются случаи, когда используются и прогрессивные формы лечения, например, элементы арт-терапии. Однако, пациенты зачастую выказывают сопротивление, т.к. в большинстве случаев они

попадают туда не добровольно. В отличие от государственных психиатрических клиник, в негосударственных организациях пациенты появляются только по собственному желанию.

8. Исследуя материалы, собранные в ходе работы по проекту, мы увидели мнение специалистов о том, что в нашей стране в психиатрических учреждениях присутствуют очень тяжелые условия для пребывания. Что в учреждениях одновременно содержатся 500–700 пациентов, что создает нездоровую атмосферу и не способствует выздоровлению. Данная информация была проверена на примере Павлодарской области, где, согласно ответу Управления здравоохранения, в Областном психоневрологическом диспансере за первый квартал 2016г. приняли лечение 555 пациентов. Конечно, эти данные не подтверждают сведения об одновременном нахождении в учреждении по 500 пациентов, тем не менее, фактическое количество все равно оказалось значительным. Поэтому вывод о сложности одновременного ухода и охвата большого количества пациентов, неэффективности такого подхода, подтверждается.

9. Один из главных выводов, который был сделан после анализа зарубежного законодательства и практики, говорит о том, что фактически в Казахстане было предпринято крайне мало мер, направленных на создание альтернативных видов психиатрической службы, а также на деинституализацию существующей системы. Пример многих стран показывает, что после ратификации международного законодательства, например, Конвенции о правах инвалидов, такие государства принимали соответствующие внутренние стратегические решения (в виде программ, планов и т.п.). Затем эти стратегии реализовывались и приводили к конкретным, измеримым и ощутимым результатам. Наиболее ярким примером таких действий и результатов может быть решение, принятое в ряде стран, о прекращении работы больших государственных клиник, даже их запрете. После такого решения, принятого на уровне законодательства, лечением и реабилитацией пациентов стали заниматься небольшие государственные или

частные клиники, многие из которых действуют по модели клубного дома.

Сравнивая национальное законодательство с законодательством зарубежных стран, мы видим, что целый ряд иностранных государств, ратифицировав Конвенцию «О правах инвалидов», постепенно принял ряд национальных актов, направленных на непосредственное исполнение содержащихся в ней норм. Иными словами, многие государства, например, Великобритания, Италия, Литва, Венгрия и другие – приняли акты, направленные на конкретные шаги по деинституционализации системы психиатрической помощи. Как результат – к середине 2000-х годов практически во всех упомянутых странах были закрыты учреждения стационарного типа.

10. При анализе зарубежного опыта и законодательства мы обнаружили еще один подход, который отсутствует в Казахстане. При обеспечении населения психиатрической помощью, многие страны опираются на органы местного самоуправления, также на местные органы власти – муниципалитеты и т.п. Многие страны при таком подходе используют метод личного бюджета, когда пациент и его близкие получают определенную финансовую поддержку, необходимую для лечения, реабилитации и интеграции. В нашем случае содержание пациента в клинике полностью ложится на государственный бюджет (национальный и местный в зависимости от уровня учреждения). Пациент, который является инвалидом, например, 2-й группы, получает пособие в размере примерно 32 тыс. тенге. Как сообщают сами пациенты и их близкие, при отсутствии иного дохода этих средств не хватает не только на лекарства, но и на самое необходимое, например, на продукты питания. Вопрос финансового обеспечения будет затронут в следующем пункте, после которого будет общая для обоих пунктов рекомендация.

11. В национальном законодательстве Казахстана содержится ряд норм, соответствующих международным, а также зарубежным нормам, речь в которых идет о создании

возможностей для таких людей, позволяющих трудиться и зарабатывать. На практике таких возможностей нет, ни с точки зрения трудовой реабилитации, ни с точки зрения занятости и извлечения от этого дохода. Таким образом, экономическое положение человека и психическим заболеваниям/расстройством часто создает массу серьезных ограничений для полноценной жизни. При таких обстоятельствах следует тщательно пересмотреть правовые нормы, содержащиеся в законодательстве касательно обучения, труда, трудоустройства и занятости данной категории лиц. Важно проанализировать причины, по которым эти нормы не работают, связано ли это с вопросами финансирования, либо даже при наличии необходимых финансовых средств, у этих норм нет перспектив для полноценной реализации. В этом направлении можно выдвинуть гипотезу о том, что в государственных учреждениях, скорее всего, не удастся заставить эти нормы полноценно работать. Если будут выделены средства, то, возможно, будут оборудованы мастерские, классы и т.п. Но возможность обучить таких образом данных пациентов, позволить им самостоятельно зарабатывать и т.п. – вызывает сомнения. Практика показывает, что эти функции выполняются с большим эффектом в небольших частных службах, где изначально другая атмосфера и обстановка.

Говоря о финансировании, мы также увидели рекомендацию, высказанную ранее рядом специалистов, работающих в НПО. Их предложение заключалось в том, чтобы направить бюджет, который выделяется на содержание психиатрической больницы, и обустроить несколько десятков коттеджей, поместив в них по 10 пациентов. При таком подходе, когда пациенты будут находиться в комфортных и гуманных условиях, высказывается предположение, что процесс выздоровления пойдет быстрее и пациенты смогут раньше вернуться в реальную жизнь. Вопрос о занятости высвободившегося при этом персонала расформированных государственных психиатрических учреждений также можно решить: они могут работать в тех же созданных коттеджах,

при условии, что они пройдут дополнительную переквалификацию.

Здесь есть еще один важный момент - не оказывается поддержка семьи, обеспечивающей уход и заботу. Существует потребность в пособии по уходу за взрослыми инвалидами с нарушением ментальных функций и психическими заболеваниями. В Республике Казахстан в течение ряда лет родителю, обеспечивающему уход и заботу за ребенком инвалидом до 18 лет, выплачивается пособие по уходу. На примере детского психоневрологического МСУ в г. Шымкент установлено, что пособие стало альтернативой МСУ. Некоторые родители решили вернуть ребенка в семью. Еще более положительного результата можно будет добиться в случае, если сумма будет перечисляться не в качестве пособия, а в качестве заработной платы социального работника по уходу за инвалидом. Ведь помимо того, что отпадет необходимость в помещении больного в МСУ, член семьи, обеспечивающий уход, получит защищенную старость, повысится его статус.

Анализ практики показал, что отсутствие в интернатах услуг по организации дневной занятости является очень важной проблемой. Отсутствие занятий по интересам, пассивное времяпровождение ведут к дальнейшей деградации личности, утере социальных, бытовых и жизненных навыков. В условиях интерната пациенты находятся изолировано, их не выводят в город, на прогулку, для занятий физкультурой и т.п. Родственники указали, что интернат является закрытым учреждением, соответственно, они не могут ничего в нем контролировать. Хотя по национальному и международному законодательству общественный контроль должен иметь место.

12. Важный вывод сделан о реализации права пациентов с психическими заболеваниями/расстройствами на обслуживание по месту жительства. Как это отмечалось и ранее в предыдущих исследованиях, так же и сейчас – в Казахстане не оказывается комплексная психиатрическая и медико-социальная помощь в ПМСП и по месту жительства.

Помощь в системе первичной медико-санитарной помощи в поликлинике по месту жительства, по мнению пациентов и их близких, является самой проблемной сферой, причем больше всего нареканий отмечено родственниками, особенно по доступности помощи и удаленности диспансеров беспокоит родственников больных, обеспечивающих постоянный уход и заботу по месту жительства. Особенно эта проблема актуальна для жителей сельских районов, которым дорого и далеко ехать из района вместе с больным в областной центр. Поэтому многие обращаются к психиатрам в крайнем случае, при обострении.

13. С точки зрения финансово-экономического анализа, можно отметить, что пирамида ВОЗ показывает, что психиатрические больницы и специализированные услуги интернатов, являются самыми затратными, а в реальности редко необходимы. На практике они наиболее развиты и часто предоставляются во многих странах. Услуги психиатрических стационаров резко контрастируют с самопомощью и с неформальной альтернативной помощью, необходимость в которой очень высока и которая может предоставляться по относительно низкой стоимости. Поэтому ВОЗ рекомендует странам:

- 1) Ограничить содержание в психиатрических больницах и интернатах.
- 2) Внедрить альтернативные услуги охраны психического здоровья по месту жительства.
- 3) Развивать услуги охраны психического здоровья в больницах общего профиля.
- 4) Интегрировать услуги охраны психического здоровья в первичную медицинскую помощь.
- 5) Внедрить неформальные альтернативные услуги охраны психического здоровья.
- 6) Внедрить самопомощь.
- 7) Ограничить психиатрические стационарные услуги в больницах и интернатах разного типа. По причине высоких затрат, плохих клинических результатов и нарушения прав человека психиатрические стационары и интернаты

представляют собой наименее желательный объект для расходования дефицитных финансовых ресурсов.

14. Еще один вывод перекликается с предыдущими, которые так или иначе затрагивали вопросы финансирования. При анализе собранных данных, мы обратили внимание на мнение ряда специалистов о том, что реабилитация является самым слабым звеном в системе государственной психиатрической помощи, которая не заинтересована в реабилитации, т.к. ее бюджет полностью зависит от числа больных, находящихся на стационарных койках. Чем больше больных, тем больше требуется коек, тем больше требуется персонала, тем больше требуется бюджетных средств. До настоящего времени не созданы «лечебно-производственные организации, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), включая инвалидов» (ст. 122 п.3 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

15. Выполнив анализ международных и национальных документов, мы можем также сделать вывод, что в Казахстане существует законодательная основа для охраны психического здоровья. Однако ко многим положениям законов не разработаны подзаконные акты и процедуры, в частности - для проведения деинституционализации МСУ и ресоциализации лиц с нарушением ментальных функций и психическими заболеваниями. Например, положения Закона РК «О социальной медико-педагогической коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями» от 11.07.2002 года и «О специальных социальных услугах» от 29.12.2008 года, о раннем вмешательстве в развитие детей групп высокого риска младшего возраста до сих пор не обеспечены Стандартами услуг, Правилами их организации и методическим материалами для работы специалистов. Отсутствие Стандартов и процедур сдерживает структурное и кадровое обеспечение услуг раннего вмешательства.

16. Существует проблема обеспечения кадрами. Многие родственники и специалисты указывают на отсутствие врачей-психиатров в поликлиниках. Даже если в поликлинике есть должность психиатра, но ее занимают совместители-врачи другого профиля, соответственно отношение к оказанию помощи негативное.

17. По гарантированному лекарственному обеспечению и врачи, и родственники сталкивались с наличием определенных проблем в лекарственном обеспечении больных. Характер особо острых проблем: затруднение при получении лекарств, требование оплаты, отсутствие информации и консультаций по правовым вопросам лекарственного обеспечения и отсутствие контроля систематического приема лекарств больными на дому. Гарантированный объем лекарственного обеспечения должен предоставляться лицам с психическими заболеваниями.

18. Анализ практики показал, что в организации работы МСЭ имеют место серьезные проблемы. Многие родственники указали, что их не удовлетворяет объем и качество услуг, указанных в индивидуальной программе реабилитации (ИПР). Также, что ИПР не удовлетворяла потребностям инвалидов и не отражала гарантированные законодательством виды услуг. Так, отсутствуют услуги по дневной занятости, социально-бытовой ориентации и помощи в трудоустройстве, в которых пациенты остро нуждаются. Многие не получают услуг помощи социальных работников на дому. Это позволяет сделать вывод, что несмотря на то, что перечисленные виды услуг обеспечиваются законодательством, для многих из лиц, страдающих психическими заболеваниями и ментальными нарушениями они остаются недоступными. Здесь также можно выдвинуть ряд рекомендаций:

1) Приравнять статус членов семьи, которые обеспечивают заботу и уход за инвалидами, к социальным работникам по уходу;

2) Нет необходимости периодически подтверждать статус умственно отсталому инвалиду или больному шизофренией,



т.к. для родственников и больных это доставляет много хлопот и времени. Достаточно пересматривать содержание ИПР;

3) В дневных центрах и стационарах развивать услуги социально-бытовой реабилитации, дневной занятости, занятия по интересам;

4) МСЭ рекомендуется проводить оценку готовности к труду, проф.ориентационную работу, содействовать в трудоустройстве инвалидов.

19. На практике в Казахстане существует потребность в уходе и заботе за людьми с психическими расстройствами/заболеваниями. Причем, вариантов такой помощи может быть несколько, включая помещение в патронатную семью, временное пребывание в учреждении стационарного типа или постоянные услуги дневного центра и др. Такие услуги необходимо развивать и совершенствовать. Многие специалисты отметили, что в странах с развитой системой альтернативных услуг существует так называемое «Жилье под защитой», аналогов которому у нас пока нет. Поэтому рекомендуется развивать и этот вид альтернативного ухода. Она может быть организована в разной форме: малокомплектный дом/группа малокомплектных домов/социальные квартиры/хостел и др. Это бы соответствовало Национальному плану действий по улучшению качества жизни инвалидов и внедрению Конвенции ООН «О правах инвалидов».

20. Потребность в услугах сопровождения по жизни и защита прав. Известно, что лица с нарушениями интеллекта и психическими заболеваниями, не могут зачастую организовать свою жизнь, защищать свои гражданские, экономические, образовательные, жилищные и другие права. Поэтому они нуждаются в комплексной поддержке, включая социально-правовые, социально-педагогические и другие виды услуг. Содержание услуг, в которых нуждаются лица с ментальными нарушениями и психическими заболеваниями включает сопровождение по жизни и защиту прав, обеспечение безопасности, при необходимости бытовые

услуги, гигиенические, технические средства и средства для ухода. Эти услуги важны и должны быть включены в содержание медико-социальных услуг ПМСП, дневных центров, жилья под защитой, услуг на дому. Потребность в обеспечении безопасности включает в себя:

- 1) создание безопасной окружающей среды по месту жительства и работы лиц с нарушениями ментальных функций и психическими заболеваниями;
- 2) развитие социальных навыков и безопасное поведение опекаемых;
- 3) контроль и исключение контактов с криминалом, лицами, употребляющими наркотики, алкоголь и пр.

21. Существует потребность в услугах инклюзивного характера для лиц с ментальными нарушениями, психическими заболеваниями и членов их семьи. В соответствии с Национальным планом действий по улучшению качества жизни инвалидов и Конвенции ООН «О правах инвалидов» услуги должны носить инклюзивный характер и направлены на включение инвалидов в жизнь общества. Это, в первую очередь, значит обеспечение доступа к образованию, приобретение профессии, оплачиваемой работы, участие в культурной жизни общества, занятия спортом и пр.

### **Список использованных актов**

1. 1-я Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации. Принята 39-Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987.
2. Африканская хартия прав человека и народов (Банжул), принята в г. Найроби 26 июня 1981г.
3. Всеобщая декларация прав человека (Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 г.).
4. Европейская конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов

- обращения и наказания. Принята резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1984 года.
5. Европейская социальная хартия, 3.05.1996г.
  6. Каракасская декларация. Принята 15.12.1980 Резолюцией 35/171 на 96-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН).
  7. Конвенция «О защите прав человека и основных свобод» от 21 сентября 1970 года.
  8. Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения (О ратификации Конвенции о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения, Закон Республики Казахстан от 19 ноября 2013 года № 141-V ЗРК).
  9. Конвенция ООН о правах инвалидов. Факультативный протокол к Конвенции о правах инвалидов. (О ратификации Конвенции о правах инвалидов Закон Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-V ЗРК).
  10. Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, ратифицирована РК 29 июня 1998 г.
  11. Межамериканская конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов.
  12. Международный пакт о гражданских и политических правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.) ратифицирован Законом Республики Казахстан от 28 ноября 2005 года № 91-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г № 12-1-2/1445).
  13. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.), ратифицирован Законом Республики Казахстан от 21 ноября 2005 года № 87-III, вступил в силу для РК 24 апреля 2006 года (письмо МИД РК от 27.06.06 г № 12-1-2/1445).
  14. О подписании Факультативного протокола к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах Указ Президента Республики Казахстан от 23 сентября 2010 года № 1068 Факультативный протокол к

международному пакту об экономических, социальных и культурных правах (принят резолюцией 63/117 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 2008 года).

15. О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания, Закон Республики Казахстан от 29 июня 1998 года N 247.

16. О ратификации Международного пакта о гражданских и политических правах Закон Республики Казахстан от 28 ноября 2005 года N 91, МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПАКТ О ГРАЖДАНСКИХ И ПОЛИТИЧЕСКИХ ПРАВАХ (Нью-Йорк, 16 декабря 1966 г.).

17. О ратификации Факультативного протокола к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Закон Республики Казахстан от 26 июня 2008 года N 48-IV.

18. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» \* (Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН Принципы ПБ, 1991 г.), которые, хотя и не имеют обязательной силы, могут и должны оказывать влияние на национальные законодательства, поскольку представляют международное общественное мнение.

19. Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ).

20. Рекомендация Совета Европы 1235 по психиатрии и правам человека.

21. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года).

22. Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах (О ратификации Факультативного протокола к Международному пакту о гражданских и политических правах, Закон Республики Казахстан от 11 февраля 2009 года № 130-IV).

## **Национальное законодательство:**

1. Конституция Республики Казахстан от 30.08. 1995 г.;
2. Закон Республики Казахстан от 27.07. 2007 г. «Об образовании»;
3. Закон Республики Казахстан от 08.08. 2002 г. «О правах ребенка в Республике Казахстан»;
4. О специальных социальных услугах Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 114-IV;
5. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 114-IV «О специальных социальных услугах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 18.02.2014 г.);
6. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV;
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы;
8. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1222 «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения»;
9. Закон Республики Казахстан от 28 июня 2005 года «О государственных пособиях семьям, имеющим детей»;
10. Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года № 39 «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»;
11. Закон Республики Казахстан от 11.07.2002 N 343-2 «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»;
12. Закон Республики Казахстан от 17 июля 2001 года «О государственной адресной социальной помощи»;
13. Закон Республики Казахстан от 5 апреля 1999 года «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан»;
14. Закон Республики Казахстан «О государственном социальном заказе» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 15.02.2012 г.);

15. Национальный план действий по внедрению положений Конвенции ООН «О правах инвалидов» до 2018 года;
16. Закон Республики Казахстан от 26 июня 2008 года N 48-IV «О ратификации Факультативного протокола к конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания»;
17. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан».