



УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА  
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**ОБСЕ**

Организация по безопасности и  
сотрудничеству в Европе  
Офис программ в Нур-Султане

---

# «ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГРАЖДАН С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»

---

Шакибаева А.

**«Правовое положение граждан с ментальными нарушениями здоровья в государственных медицинских и социальных учреждениях» – г. Нур-Султан, 2020 год**

Данная публикация была подготовлена независимым экспертом Шакибаевой А. в рамках проекта «Мониторинг законодательства и существующей правоприменительной практики в отношении прав лиц с психическими расстройствами» при содействии аппарата Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан (Национального центра по правам человека) и финансовой поддержке офиса программ ОБСЕ в Нур-Султане.

Содержание данной публикации отражает точку зрения автора и не обязательно совпадает с точкой зрения офиса программ ОБСЕ в Нур-Султане.

*Выражаем благодарность офису программ ОБСЕ в Нур-Султане за постоянную готовность к сотрудничеству, внесенный вклад и оказанную поддержку в проведении мониторинговых посещений и подготовке данного доклада.*

**Уполномоченный по правам человека в Республике Казахстан**

Республика Казахстан, 010000,  
г. Нур-Султан, Мәңгілік Ел 8,  
Дом Министерств, 15 подъезд  
Тел: + 7 (7172) 740169  
[www.ombudsman.kz](http://www.ombudsman.kz)

**Офис программ ОБСЕ в Нур-Султан**

Республика Казахстан, 010000,  
г. Нур-Султан, ул. Бейбитшилик, д. 10-А  
Тел.: +7 (7172) 580070  
[www.osce.org](http://www.osce.org)

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>6</b>
<b>ГЛАВА I. Правосубъектность лиц с ментальными нарушениями здоровья в Республике Казахстан</b> .....	<b>9</b>
1.1. Статистические данные .....	9
1.2. Сравнительные данные между группами инвалидности и правовым статусом получателей специальных социальных услуг .....	9
1.3. Процедура лишения дееспособности в условиях центров оказания специальных социальных услуг .....	11
1.4. Правовой статус недееспособности, как основание получения специальных социальных услуг в условиях стационара с круглосуточным наблюдением .....	12
1.5. Статус опекуна-директора в Центрах оказания специальных социальных услуг .....	14
1.6. Восстановление дееспособности лицам, находящимся в Центрах оказания специальных социальных услуг .....	17
1.7. Ограничение прав недееспособных лиц при получении медицинской помощи .....	18
1.8. Самостоятельное проживание лиц с ментальным нарушением здоровья .....	19
1.9. Международно-правовой и национальный анализ .....	23
Рекомендации .....	29
<b>ГЛАВА II. Мониторинг оказания специальных социальных услуг лицам с ментальными нарушениями здоровья</b> .....	<b>30</b>
2.1. Характеристика Центров оказания специальных социальных услуг .....	30
2.2. Качественный состав получателей услуг .....	31
2.3. Связь с родственниками .....	32
2.4. Объемы получения специальных социальных услуг в Центрах оказания специальных социальных услуг .....	35
2.5. Социально-бытовые услуги .....	37
2.6. Подача жалоб .....	37
2.7. Право на образование .....	38
2.8. Сексуальная жизнь опекаемых в Центрах оказания специальных социальных услуг .....	40
2.9. Дневные центры пребывания .....	40
2.10. Реабилитация в условиях Центров оказания специальных социальных услуг .....	41
Рекомендации .....	41
<b>ГЛАВА III. Медицинская помощь в Центрах оказания специальных социальных услуг в условиях круглосуточного стационара и Центров психического здоровья</b> .....	<b>44</b>
3.1. Статистические данные .....	44
3.2. Медицинская помощь в Центрах оказания специальных социальных услуг в условиях стационара .....	44
3.3. Право на получение информации о состоянии своего здоровья .....	49
3.4. Смертность в условиях Центров оказания специальных социальных услуг и Центров психического здоровья .....	50
3.5. Оказание медицинской помощи в Центрах психического здоровья Министерства здравоохранения РК .....	50
Рекомендации .....	54
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>56</b>

## ОБ АВТОРЕ

---

**Айгуль Шакибаева** является независимым юристом, эксперт ООН «Комиссия по правам людей с ограниченными возможностями им. К. Иманалиева». Сфера специализации в правозащитной деятельности направлена на темы по предотвращению пыток, право на жизнь, недискриминацию по признаку инвалидности, продвижению инклюзивного образования. Является действующим членом Национального превентивного механизма по предупреждению пыток. Участник рабочей группы по подготовке альтернативного доклада по соблюдению положений Конвенции ООН по правам инвалидов.

Окончила Костанайский государственный университет по двум специальностям – история и право. Выпускник стипендиальной программы New Generation of Human Rights Defenders Фонда Сорос – Казахстан. Участник программы международных визитов для лидеров 2018 года (International Visitor Leadership Program – IVLP), реализуемой Государственным департаментом США. В 2019 году принимала участие в составе делегации представителей гражданского общества Казахстана по презентации альтернативного доклада в Совете ООН по правам человека (Женева, Швейцария) в рамках Универсального периодического обзора по соблюдению прав человека в Казахстане.

# ГЛОССАРИЙ

---

Деинституализация – политика разукрупнения лечебно-профилактических учреждений в общественные учреждения меньшего размера, развитие альтернативных услуг в местном сообществе.

Институционализация – процесс превращения каких-либо отношений в институты, то есть в форму организации отношений с установленными правилами, нормами и их саморегуляция.

Конвенция – Конвенция ООН о правах инвалидов.

Учреждение интернатного типа для детей – государственное учреждение, предназначенное для воспитания и оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также детям с дефектами умственного и физического развития.

МОН – Министерство образования и науки Республики Казахстан.

МСУ – медико-социальные учреждения.

ЦОССУ – центры оказания специальных социальных услуг в условиях стационара.

# ВВЕДЕНИЕ

---

**Актуальность** данного доклада обусловлена нарастающим вниманием мирового сообщества к теме соблюдения права на психическое здоровье и недискриминацию лиц с ментальными нарушениями здоровья.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения число людей с психическими расстройствами будет неуклонно расти в результате ухудшения экологической, эпидемиологической ситуации, локальных вооружённых конфликтов, неблагоприятной социально-экономической обстановки, роста неравенства, безработицы, вынужденной миграции и других обстоятельств.

На сегодняшний день, количество лиц с ментальными нарушениями здоровья в закрытых медицинских и социальных учреждениях составляет более 30% от общего числа людей с психическими расстройствами в Республике Казахстан.

В 2015 году Казахстан ратифицировал Конвенцию ООН по правам инвалидов<sup>1</sup>, тем самым приняв на себя обязательства по выполнению положений Конвенции.

При осуществлении мониторинга учреждений специалисты основывались на фундаментальных принципах прав человека, таких как, признание достоинства человека, неотчуждаемость прав человека, равенство всех перед законом, а также специфичных положениях Конвенции ООН по правам инвалидов, в частности праве на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество.

**Цель данного проекта** заключается в изучении ситуации с соблюдением прав лиц с ментальными нарушениями здоровья, проживающих в специальных социальных учреждениях и медицинских центрах психиатрического лечения, на сохранение дееспособности и на самостоятельную жизнь в местном сообществе, выработке рекомендаций Правительству Республики Казахстан.

## **Задачи проекта включают:**

- определение учреждений для мониторинга, исходя из географического расположения и лимита наполнения;
- поэтапный мониторинг учреждений в течение 6 месяцев 2019 года;
- интервью с экспертами и самими получателями услуг;
- изучение нормативно-правовой базы, статистических данных в разрезе регионов, статей и иных материалов из открытых источников;
- анализ правоприменительной практики в отношении прав лиц с ментальными нарушениями;
- выявление общих закономерностей событий и явлений в учреждениях путем сопоставления полученных данных;
- обзор международной практики;
- разработка предметных рекомендаций.

**Ограничения/рамки исследования.** В силу ограниченности доступных ресурсов (человеческих, финансовых) были выбраны качественные методы сбора и анализа данных. При подготовке доклада с апреля по октябрь 2019 года были проведены мониторинговые посещения в государственных социальных и медицинских

---

<sup>1</sup> Конвенция о правах инвалидов принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. (резолюция A/RES/61/106), ратифицирована Законом Республики Казахстан от 20 февраля 2015 г. «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

учреждениях страны, анализ личных дел получателей услуг, глубинные интервью с 30 лицами, имеющими различные психические диагнозы, с социальными работниками, врачами-психиатрами Центров оказания специальных социальных услуг и Центров психического здоровья. Позднее для наглядности в доклад также вошли прецедентные дела по восстановлению дееспособности лиц с психическими расстройствами, имевшие место в январе 2020 года.

Следует отметить, что значительная часть работы над докладом, включая мониторинговые визиты, интервью с экспертами, запрос информации из уполномоченных государственных органов, а также анализ международной практики, проводилась задолго до начала пандемии коронавируса и введения в стране карантинных мер. В этой связи доклад не описывает нынешнее положение дел в учреждениях. Вместе с тем, рекомендации, представленные в рамках настоящего доклада, не теряют своей актуальности и могут быть успешно применимы для смягчения последствий наступившего кризиса, так как акцентируют внимание на системных проблемах.

Безусловно, ситуация в государственных медицинских и социальных учреждениях, сложившаяся в настоящее время в период распространения пандемии коронавируса требует отдельного изучения.

**Источники.** Первичная информация собиралась посредством изучения отечественных нормативно-правовых актов, официальных статистических данных, проведения полуструктурированных глубинных интервью, личных наблюдений автора в ходе мониторинга. Для сбора вторичных данных использовались открытые источники информации: отчеты неправительственных и международных организаций, научные работы, местные и зарубежные исследования, а также публикации в СМИ.

**Структура работы:** доклад состоит из введения, трех разделов, заключения.

**Первый раздел** «Правосубъектность<sup>2</sup> лиц с ментальными нарушениями здоровья в Республике Казахстан» описывает, насколько возможно получать специальные социальные услуги лицам, не лишаясь гражданской дееспособности, процедуры лишения и восстановления дееспособности в условиях национальной судебно-психиатрической экспертизы и судебной системы.

**Во втором разделе** «Мониторинг оказания специальных социальных услуг лицам с ментальными нарушениями здоровья» перед специалистами были поставлены вопросы для изучения добровольности помещения и возможности покинуть психиатрические и социальные учреждения детьми и взрослыми, наличие связи с родственниками, полномочия директора-опекуна учреждения, эффективность медицинской помощи и развитость социальных услуг, наличие реабилитационных мероприятий, возможность получения социальных и медицинских услуг вблизи места проживания.

**Третий раздел** «Медицинская помощь в Центрах оказания специальных социальных услуг в условиях круглосуточного стационара и Центров психического здоровья» охватывает вопросы обоснованности принудительной госпитализации и принудительного лечения пациентов и получателей специальных социальных услуг в медицинских психиатрических организациях.

В целом доклад описывает нарушения прав, связанных с лишением дееспособности, и принуждением жить в государственном учреждении лиц с инвалидностью, таких как право подачи заявления в суд, участие в суде, подача

---

<sup>2</sup> Правосубъектность – способность лица иметь и осуществлять, непосредственно или через своих представителей, субъективные права и юридические обязанности, то есть выступать субъектом правоотношений. В составе правосубъектности различают правоспособность и дееспособность.

жалобы в уполномоченный орган, право выбора опекуна, право самостоятельно покинуть учреждение, право на отказ от лечения, в том числе психиатрического, право на поддержание социальных связей с родственниками.

Всего с апреля по октябрь 2019 года было осуществлено 20 мониторинговых посещений Центров оказания специальных социальных услуг (для взрослых и несовершеннолетних), Центров психического здоровья городов Нур-Султан, Алматы, Шымкент, а также Алматинской, Акмолинской, Мангистауской, Туркестанской областей.

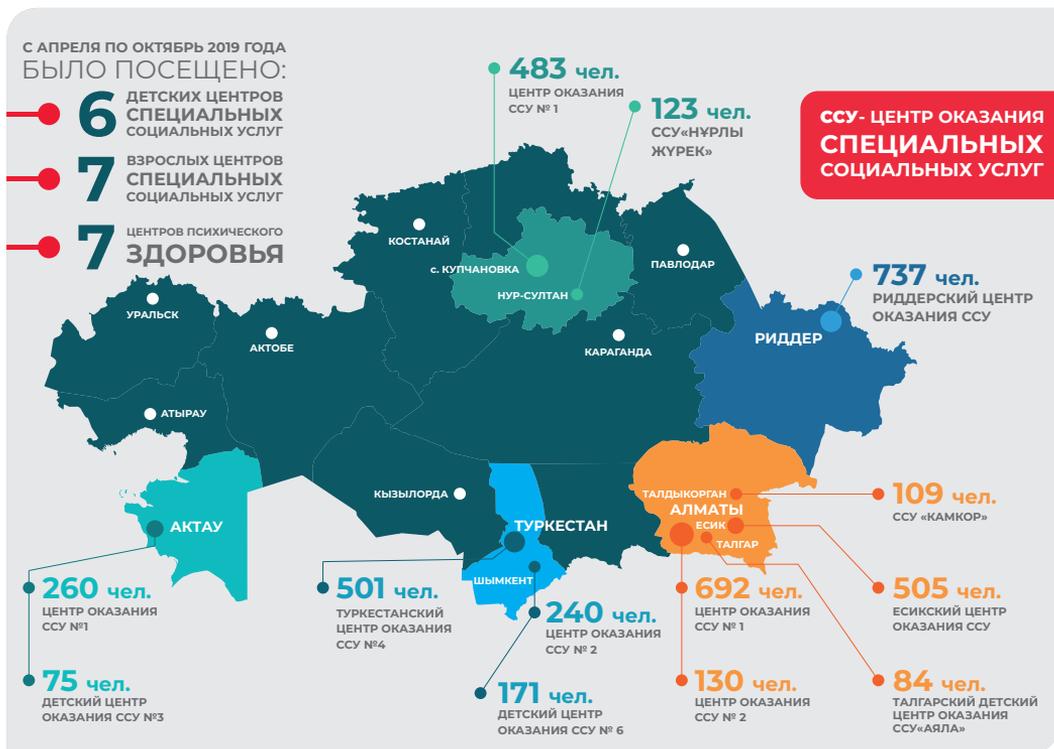


Рисунок 1. Количество мониторинговых посещений государственных медицинских и социальных учреждений, осуществлённых с апреля по октябрь 2019 года

## Глава I.

# ПРАВОСУБЪЕКТНОСТЬ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Согласно статье 13 Конституции РК – «Каждый имеет право на признание его правосубъектности и вправе защищать свои права и свободы всеми непротиворечащими закону способами, включая необходимую оборону».

### 1.1. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

В Казахстане проживают **108 817<sup>3</sup>** (16% от общего числа людей с инвалидностью) людей с инвалидностью по психическим расстройствам старше 18 лет и **14 406** (16,57% от общего числа детей с инвалидностью)<sup>4</sup> детей с инвалидностью по тем же показателям. Под ведомством Министерства труда и социальной защиты населения РК функционируют 16 медико-социальных учреждений для детей с психоневрологическими патологиями, где находятся **1761 ребенок до 18 лет**, количество взрослых психоневрологических МСУ – 45 ед., общее количество проживающих человек – **13 624**.

Численность лиц, состоящих на учете психиатрии в органах здравоохранения, составляет **188 667 человек**.<sup>5</sup>

Количество Центров психического здоровья составляет **17 единиц** и рассчитано в целом на **9049 койко-мест**. Общее количество государственных медицинских и медико-социальных учреждений для людей с психическими заболеваниями составляет **78 единиц**.

Согласно ответу Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК по состоянию на 1 января 2019 года в автоматизированной информационной системе «Специальные учеты» на учете лиц, признанных судом недееспособными и ограниченно дееспособными, состоит **35 941 человек**.

Официальная статистика не ведет разделение учета между лицами, признанными судом ограниченно дееспособными и недееспособными.

Согласно сведениям Верховного суда РК за 9 месяцев 2019 года рассмотрено решений с удовлетворением иска о признании гражданина недееспособным – **2608 дел**, отказано в иске **52 решения** (0,5% от общего числа). За 2018 год рассмотрено решений с удовлетворением иска о признании гражданина недееспособным – **4211 дел**, отказано в иске **67 решений** (1,6% от общего числа).

### 1.2. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ МЕЖДУ ГРУППАМИ ИНВАЛИДНОСТИ И ПРАВОВЫМ СТАТУСОМ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

При изучении количественных показателей получателей услуг установлено, что все получатели услуг лишены дееспособности и преимущественно имеют 2 группу инвалидности.

<sup>3</sup> Ответ Министерства труда и социальной защиты РК за исх. №09-1-24/3145 от 18.02.2019.

<sup>4</sup> По данным Комитета статистики в РК на 01.01.2019 зарегистрировано 680 025 людей с инвалидностью, из них 86 956 дети до 18 лет.

<sup>5</sup> Данные за 2018 г.

2 группа инвалидности<sup>6</sup> – это стойкое выраженное нарушение функций организма, приводящее к умеренно выраженному ограничению способности к самообслуживанию, к передвижению, к трудовой деятельности, к обучению и другим навыкам. Основанием лишения дееспособности является состояние лица, вследствие психического заболевания или слабоумия, которое не может понимать значения своих действий или руководить ими<sup>7</sup>. Наблюдается явное несоответствие между умеренными нарушениями функций организма и серьезными ограничениями в реализации гражданских прав получателей услуг.

Единственное учреждение, где не практикуется 100% лишение дееспособности получателей услуг – это ЦОССУ №1 г. Алматы (более подробно в разделах «Самостоятельное проживание лиц с ментальным нарушением здоровья» и «Восстановление дееспособности лицам, находящимся в Центрах оказания специальных социальных услуг»).

Также согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 марта 2015 года №165 «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» существует запрет лицам 3 группы инвалидности на получение специальных социальных услуг в условиях стационара и полустационара.

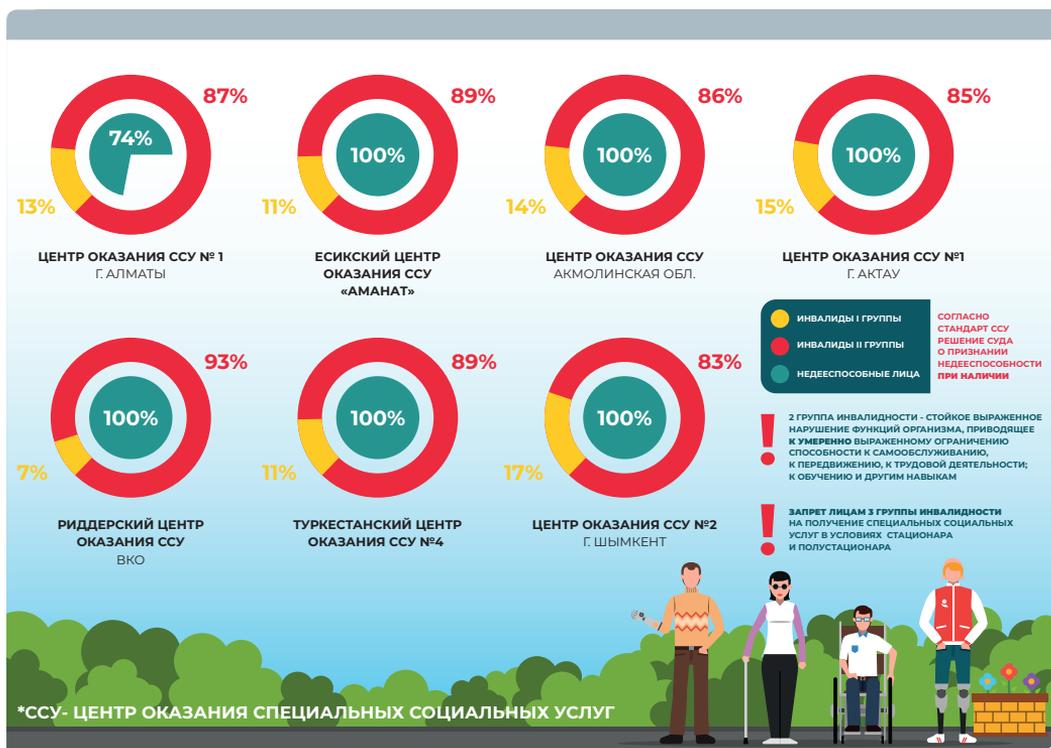


Рисунок 2. Количественные показатели группы инвалидности и правового статуса получателей специальных социальных услуг

<sup>6</sup> Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года №44.

<sup>7</sup> Статья 26 «Признание гражданина недееспособным» Гражданского кодекса РК.

### 1.3. ПРОЦЕДУРА ЛИШЕНИЯ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Согласно пункту 2 статьи 323 Гражданского процессуального кодекса Республики Казахстан (далее по тексту – ГПК РК)<sup>8</sup> – дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического заболевания или психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики может быть возбуждено в суде по заявлению членов семьи, близких родственников независимо от совместного с ним проживания, прокурора, органа, осуществляющего функции по опеке или попечительству, психиатрического (психоневрологического) лечебного учреждения.

На лишение дееспособности подают: директор ЦОССУ, опекунский совет при акимате, главный врач Центра психического здоровья, родители детей, достигших 18 лет.

Суды принимают заявления также от прокуроров о признании недееспособными детей в детском ЦОССУ.<sup>9</sup> Директора ЦОССУ обращаются в прокуратуру, а те в свою очередь инициируют заявления в суд.

*Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван на судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих. Лицо вправе изложить свою позицию лично либо через представителей (статья 326 ГПК РК).*

Однако, при изучении решений судов о признании получателей услуг недееспособными, установлено, что лица не приглашались на судебное заседание. Зачастую лица узнавали о решении позднее, когда были пропущены сроки обжалования и опротестования решения суда, или вовсе не были информированы о том, что они были лишены дееспособности. Есть решения судов, где на заседания не являлись сами заявители.

Гражданское законодательство РК предусматривает, что гражданская правоспособность, как способность иметь гражданские права и обязанности признается в равной мере за всеми гражданами, возникает в момент рождения и прекращается со смертью человека (статья 13 Гражданского Кодекса РК).

Дееспособность определяется статьёй 17 ГК РК, как способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их, гражданская дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении 18 лет.

Гражданское право и кодекс РК под возникновением дееспособности граждан понимает частичную дееспособность (несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет) и полную дееспособность (по достижению 18 летнего возраста, либо вступление в брак до достижения 18 лет). Ограничение дееспособности применяется к лицам, которые злоупотребляют спиртными напитками или наркотическими веществами и ставят свою семью в тяжелое материальное положение.

В пункте 3 статьи 26 ГК РК установлено, что в случае выздоровления или значительного улучшения здоровья недееспособного лица, суд признает его дееспособным, после чего с него снимается опека. **Инициировать пересмотр**

<sup>8</sup> Гражданский процессуальный кодекс Республики Казахстан от 31 октября 2015 года №377-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.07.2019 г.)

<sup>9</sup> Решение Республики Казахстан от 5 февраля 2009 года по заявлению прокурора Аягозского района о признании недееспособным Васильева Аслана Асхарбековича, воспитанника Аягозского детского ЦОССУ.

**действующего судебного решения по восстановлению дееспособности может только опекун либо органы опеки и попечительства** (в порядке пункта 2 статьи 328 – «Признание гражданина дееспособным» ГПК РК).

Недееспособные лица не имеют право выбора опекуна (статья 26 ГК РК), право совершать самостоятельно правовые сделки, согласия лица не требуется при оказании психиатрической помощи (пункт 3 статьи 116 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»<sup>10</sup>), допускается госпитализация в психиатрический стационар и оказание медицинской помощи без согласия лица (пункт 2 статьи 94, пункт 3 статьи 125 Кодекса), допускается принудительная госпитализация лица в психиатрический стационар (в порядке главы 38 ГПК РК). Недееспособные лица также не имеют права участвовать в судебном заседании по делу о принудительной госпитализации по разрешению лечащего врача (статья 337 ГПК РК), не предусмотрен порядок обжалования подобных решений. Решения о продлении срока принудительной госпитализации принимаются в таком же порядке (статья 340 ГПК РК), лица лишены права самостоятельной защиты законных интересов, права оформления индивидуального трудового договора, избирательного права, права вступить в брак (статья 11 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье»), права на усыновление (статья 91 Кодекса).

#### **1.4. ПРАВОВОЙ СТАТУС<sup>11</sup> НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ, КАК ОСНОВАНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА С КРУГЛОСУТОЧНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Предоставление специальных социальных услуг за счет бюджетных средств в организациях стационарного типа осуществляется по направлению уполномоченных органов в сфере социальной защиты населения (далее – уполномоченные органы) областей и городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент через отделы занятости и социальных программ районов, городов областного и республиканского значения (столицы) (далее – отделы занятости) по месту жительства получателя услуг. Организации стационарного типа негосударственной формы собственности осуществляют прием получателей услуг на договорной основе, за исключением случаев, когда специальные социальные услуги предоставляются за счет бюджетных средств.

Согласно условиям<sup>12</sup> предоставления специальных социальных услуг в организациях стационарного типа лицо (семья), находящееся в трудной жизненной ситуации, обращается в отдел занятости за предоставлением гарантированного объема специальных социальных услуг по месту проживания путем подачи следующих документов: письменного заявления; документа, удостоверяющего личность; медицинской карты по форме; справки об установлении инвалидности; сведения о разработанных мероприятиях в индивидуальной программе реабилитации инвалида; для лиц старше 18 лет – решение суда в случае признания лица недееспособным (при наличии).

В свое время автор доклада обратилась с письменным обращением в Министерство труда и социальной защиты населения РК с просьбой разъяснить обязательность правового статуса лица, лишённого дееспособности при

<sup>10</sup> Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193-IV.

<sup>11</sup> Правовой статус – установленное нормами права положение его субъектов, совокупность их прав и обязанностей. В правовой статус входят: правосубъектность, в свою очередь включающая правоспособность, дееспособность, деликтоспособность

<sup>12</sup> Глава 2 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 марта 2015 года №165 «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения».

получении специальных социальных услуг в условиях стационара. В своем ответе профильное ведомство пояснило, что копия решения суда предоставляется только при его наличии. Таким образом, лицо с психоневрологическими заболеваниями, нуждающееся в оказании специальных социальных услуг в условиях стационара с круглосуточным наблюдением, имеет право сохранить статус дееспособного лица при помещении в учреждение.

Вместе с тем, администрация медико-социального учреждения вправе, при наличии соответствующих рекомендаций, подать документы в суд для установления дееспособности либо недееспособности лица, проживающего в учреждении. Кроме того, в соответствии с пп. 9 п. 10 Стандарта, основными функциями организации стационарного типа являются 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 и статьей 125 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» (далее – Кодекс).<sup>13</sup> В соответствии с пунктом 4 статьи 122 Кодекса, опекунами или попечителями лиц, нуждающихся в опеке или попечительстве, находящихся в соответствующих организациях образования, медицинских организациях, организациях социальной защиты населения, являются администрации этих организаций.<sup>14</sup>

На сегодняшний день обязательное наличие решения суда по признанию лица недееспособным толкуется в разных регионах страны по-разному.

Все дети, достигшие 18 лет в учреждении, лишаются дееспособности, как необходимое условие перевода во взрослые учреждения. Утрата дееспособности согласно национальному законодательству лишает человека всех гражданских прав: права обжаловать назначения психического лечения, свободы передвижения, волеизъявления и многое другое.

*Как пояснил юрист Талдыкорганского ЦОССУ «Камкор»: «Инвалидность и недееспособность – обязательные условия для перевода человека из детского во взрослый ЦОССУ».*

Единственным учреждением, осуществляющим перевод детей из детского во взрослое без решения суда является ЦОССУ №2 г. Алматы. После поступления врачи-психиатры во взрослом ЦОССУ №1 г. Алматы принимают решение индивидуально касательно направления материалов в суд о признании вновь поступивших лиц недееспособными. Однако при очередной проверки прокуратурой г. Алматы в 2017 году было вынесено замечание о том, что все получатели услуг должны быть недееспособными. Директору ЦОССУ №1 удалось доказать правоту действий на основании Стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения.

Прокуратура г. Шымкента до 2018 года обязывала администрации детских ЦОССУ **признавать недееспособными детей до 18 лет**, как условия получения специальных социальных услуг в условиях стационара.

Как правило, медицинский критерий в судебной практике доминирует, заключения врачей-психиатров не подлежат сомнению. Следует отметить, что **недееспособность начала восприниматься как проблема прав человека совсем недавно**. До этого считалось, что это некий **социальный статус**, который нужен человеку беспомощному, как формальная помощь и даже забота.

<sup>13</sup> Принят 26 декабря 2011 года №518 –IV.

<sup>14</sup> Письменный ответ Министра труда и социальной защиты населения РК от 11.09.2018 г. (обращение №513338)

При беседе с сотрудниками детского ЦОССУ «Аяла» в г. Талгар были приведены примеры из многолетней практики о том, что судебно-психиатрическая экспертиза (далее – СПЭ) подтверждает выводы о недееспособности лица в 100% случаях.

При анализе информации РГКП «Центр судебных экспертиз Министерства юстиции РК»<sup>15</sup> установлено, что за 2018 год из 9984 экспертиз положительные выводы о лишении дееспособности были по 5402 делам. За 9 месяцев 2019 года из 6652 дел в 3702 случаях положительные выводы.

Наблюдаются различия в количествах отрицательных выводов по областям. Так в городах Усть-Каменогорск, Уральск, Талдыкорган, Актау за 9 месяцев 2019 года отсутствуют отрицательные выводы по признанию лица недееспособным. Тогда как в городах Шымкент, Павлодар, Алматы наоборот число отрицательных выводов превалирует над положительными выводами.

Сотрудники учреждений первой группы городов объясняют данную системную практику тем, что дальнейший правовой статус лица решает судебно-психиатрическая экспертиза, т.е. врачи. В то же они время согласились, что за их 20-летнюю практику работы не было ни одного случая сохранения дееспособности ребенку, проживающему в интернате.

Судьи подходят к вопросам лишения дееспособности довольно формально, всецело полагаясь на заключение врачебной экспертизы и игнорируя другие свидетельства, способные опровергнуть результаты СПЭ. Получатели услуг ЦОССУ фактически лишены прав на защиту при лишении их дееспособности: им не дают возможности ознакомиться с заявлением, нанять адвоката, пригласить свидетелей и собрать документы. Порой экспертиза проводится заочно, сам пациент членами экспертной комиссии не обследуется.

Также специалисты объясняли данную практику тем, что при сохранении дееспособности, человек не сможет быть зачислен во взрослый психоневрологический интернат, а брать опеку над ним, других лиц не находилось. Эксперты СПЭ и судьи зачастую стоят перед непростой дилеммой, вызывающей беспокойство за дальнейшую судьбу услугополучателя в случае отказа в признании недееспособности лица.

В детском ЦОССУ «Камкор» г. Нур-Султан 7 из 123 воспитанников имеют возможность посещать ремесленные мастерские. Однако, учащиеся не получают подтверждающих документов, свидетельств об окончании производственных курсов. Как поясняет администрация, документы им не выдаются, потому что они «все недееспособны».

## **1.5. СТАТУС ОПЕКУНА-ДИРЕКТОРА В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Национальное законодательство позволяет лицам с психическими заболеваниями и слабоумием признавать недееспособными и устанавливать полную опеку над ними. Правовой статус недееспособности лишает человека полноценного участия в гражданско-правовых сделках, трудоустройстве, в брачно-семейных отношениях; права отказа и обжалования решений по экстренной/плановой госпитализации, принудительного лечения в психиатрических учреждениях.

Гражданский Кодекс РК, Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье», Закон РК «О местном государственном управлении и самоуправлении в РК» предусматривают установление над такими людьми опекунов в лице физического лица.

<sup>15</sup> Ответ №20-05-10\3734 от 11.11.2019 г.

Согласно пункту 2 статьи 119 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» предусмотрен порядок установления опеки для защиты имущественных и личных неимущественных прав и интересов недееспособных или ограниченно дееспособных совершеннолетних лиц.

Государство, согласно статье 120 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье», осуществляет свои функции по опеке или попечительству в отношении недееспособных или ограниченно дееспособных совершеннолетних лиц через местные исполнительные органы.

Опека или попечительство устанавливается органами, осуществляющими функции по опеке или попечительству, по месту жительства лица, нуждающегося в опеке или попечительстве, либо по месту нахождения имущества, подлежащего опеке. В отдельных случаях опека или попечительство могут быть установлены по месту жительства опекуна или попечителя (статья 121 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье»).

В условиях проживания лиц в учреждениях, ЦОССУ является местом жительства и прописки по этому адресу. Опекунами лиц, нуждающихся в опеке и находящихся в соответствующих организациях образования, медицинских организациях, организациях социальной защиты населения, является администрация этих организаций (директор) (статья 122 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье»).

Законодательство об опеке над лицами с ментальной инвалидностью устанавливает очевидный конфликт интересов, который заключается в том, что медицинское или социальное учреждение оказывает услуги и одновременно следит за их соответствием интересам недееспособного гражданина.

Руководитель данного учреждения является одновременно заказчиком, поставщиком, гарантом поставления услуг и опекуном. Добровольно покинуть учреждение невозможно. Требуется разрешение директора учреждения и органов опеки. Зачастую люди остаются там на всю жизнь.



На фото: двор ЦОССУ №1 г. Актау, Мангыстауская область

Последствиями лишения дееспособности для человека является то, что он не может выбрать, сменить опекуна в случае неудовлетворительного выполнения им своих обязанностей, инициировать заявление в суд о возвращении дееспособности. Для определения опекуна **согласие недееспособного лица не требуется**.

Действуют ограниченные требования к лицу, которого назначают опекуном за подопечным. Не имеется требований к специальности опекуна, компетенции. Наблюдается слабая форма контроля над выполнением опекуном своих обязанностей. Официальные органы опеки и попечительства сводят контроль лишь к ежеквартальным отчетам опекуна о расходах пособий по инвалидности.

Согласно действующему правовому механизму установления опеки в стране, не предусмотрена сеть опекунов и дифференцированная степень поддержки. Это означает, что в зависимости от степени умственной отсталости и психического состояния, человеку может требоваться как полная опека во всех социальных (бытовых), экономических, правовых вопросах, так и только узкоспециализированная, как например, в юридических или экономических вопросах (*более подробно смотрите в разделе «Международно-правовой и национальный анализ»*).

На сегодня статус недееспособного лишает человека всех прав и признает полную опеку над человеком. Так, например, при посещении «Есикский центр оказания специальных социальных услуг» Алматинской области директор учреждения на правах опекуна не позволяла членам мониторинговой группы вести конфиденциальные беседы с проживающими лицами, мотивируя тем, что они недееспособны.

При лишении дееспособности подопечный учреждения получает социально-экономические, социально-правовые услуги не напрямую, а опосредованно через опекуна. Имеются жизненные ситуации, когда человек становится не нужен родственникам, и они не заинтересованы взять на себя опеку<sup>16</sup>. В таких случаях, категория таких граждан помещается в ЦОССУ.

Важно учесть, что пациентов с хроническими психическими нарушениями **не более 1%**, и они представляют опасность только в период обострения или декомпенсации состояния<sup>17</sup>. Опека над такими людьми несет груз ответственности для близких.

Среди получателей услуг, помимо людей с психическими заболеваниями и умственной отсталостью, есть люди, которые в результате мошеннических действий лишились жилья, люди, отбывшие уголовный срок и утратившие социальные связи.

Наиболее подходящий вариант для лиц, способных принимать решения и отвечать за свои поступки – это использование **попечительства над ними**. В отличие от опеки данный вариант позволит человеку самому выбирать попечителя.

Статьей 127 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» предусмотрено по просьбе совершеннолетнего дееспособного лица, который по состоянию здоровья не может осуществлять и защищать свои права, и исполнять обязанности установления попечительства. В таких случаях попечитель совершеннолетнего дееспособного лица может быть назначен органом, осуществляющим функции по опеке или попечительству, **только с согласия такого лица**. Распоряжение имуществом, принадлежащим совершеннолетнему дееспособному подопечному, осуществляется попечителем на основании **договора поручения или доверительного управления имуществом**, заключенного с подопечным.

<sup>16</sup> Из медицинской карты Голутва В., госпитализирован принудительно в Центр психического здоровья г. Нур-Султан.

<sup>17</sup> Из доклада директора Республиканского научно-психиатрического центра Негай Н. А., ноябрь 2018 г.

Совершение бытовых и иных сделок, направленных на содержание подопечного и удовлетворение его бытовых потребностей, осуществляется попечителем с согласия подопечного. Попечительство над совершеннолетним дееспособным лицом может быть прекращено по требованию этого лица.

## 1.6. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

В ходе мониторинга установлено, что директора детских центров оказания специальных социальных услуг в г.Талдыкорган ЦОССУ «Камкор», г.Талгар ЦОССУ «Аяла», г.Шымкент ЦОССУ №1 намерены восстановить в судебном порядке дееспособность некоторым получателям услуг, достигшим 18 летнего возраста, с целью дальнейшего перевода их в учреждения для инвалидов и престарелых либо трудоустройства в самих учреждениях.

Директора во взрослых ЦОССУ не знакомы с такой практикой и не инициируют дела о возврате дееспособности, кроме ЦОССУ №1 г. Алматы. Юрист ЦОССУ №1 г. Алматы на 01.09.2019 года имеет 2 открытых заявления в суд по признанию дееспособности. Всего среди проживающих: 145 дееспособных лиц, недееспособных лиц – 547. За предыдущие годы **были признаны дееспособными 3 получателя услуг.**

*Со слов директора ЦОССУ №1 Исаковой Д. Т.: «Возврат дееспособности – самая сложная проблема. За 2019 г. из 6 человек вернули только одному».*

В ходе мониторинга ЦПЗ г. Усть-Каменогорска специалисты судебно-психиатрической экспертизы привели 2 факта восстановления дееспособности в 2018-2019 гг. бывшим получателям услуг КГУ «Зимовьевский центр оказания специальных социальных услуг». Для этого сотрудники ЦОССУ переоформили опеку на себя и забрали домой этих людей. Затем, в порядке требования статьи 26 Гражданского кодекса РК, инициировали заявления в суд по возврату дееспособности этим лицам.

*Пункт 3 статьи 26 Гражданского кодекса РК устанавливает, что в случае выздоровления или значительного улучшения здоровья недееспособного, суд признает его дееспособным, после чего с него снимается опека. Инициировать пересмотр действующего судебного решения по причине полного или частичного выздоровления, или улучшения состояния здоровья, могут только члены семьи, близкие родственники, независимо от совместного с ним проживания, прокурор, орган, осуществляющий функции по опеке или попечительству, психиатрическое (психоневрологическое) лечебное учреждение, опекун. Сам человек, лишенный всех прав, не может повлиять на пересмотр решения суда. В стране насчитываются только несколько дел, когда суд восстановил дееспособность человеку. Официальной статистики по данной категории дел не ведется.*

НПО «Психоаналитическая ассоциация» г. Алматы центр самостоятельного проживания «Камкор Отау» реализует с 2017 года юридический механизм – **стратегическое судопроизводство по возврату дееспособности бывшим получателям услуг медико-социальных учреждений (ЦОССУ)**, с целью достижения более широких изменений в законодательстве, правоприменительной практике и общественном мнении для улучшения положения людей с ментальными нарушениями.

На сегодня решением судов Алмалинского района города Алматы была восстановлена дееспособность 2 молодым людям из 4-х поданных дел<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Решение суда от 15.01.2020 г. по делу Нестерова В. и решение суда от 30.01.2020 г. по делу Клочкова Н.

Судебная система и судьи сталкиваются с такими делами впервые и зачастую ни морально, ни профессионально не готовы к ним. Все четверо судей изучали статьи гражданского кодекса по данным делам во время судебного процесса.

Со слов директора организации психоаналитика Кудияровой А.<sup>19</sup>: «В 2017-2018 гг. первые подобные дела в суде были проиграны. Тогда судья отобрала паспорт у опекуна прямо на судебном процессе в зале заседания и вернула документ обратно в интернат со словами: «Я на протяжении 20 лет всегда лишала дееспособности таких людей, а вы приходите и просите вернуть ее. Это недопустимо».

Судьи склонны опираться лишь на заключение судебно-психиатрической экспертизы. Если в заключение указано «нуждается в опеке», судья отклонит прошение о возврате человеку дееспособности. Также в ходе процессов наблюдается дискриминационный подход. Так, один из судей спросил в присутствии самого заинтересованного лица: «А этот человек точно нормальный?» Также были вопросы самим лицам, такие как «Зачем Вам дееспособность?», «Почему Вы решили, что Вам не нужен опекун?» и другие унижающие достоинство вопросы.

Как утверждают эксперты:<sup>20</sup> «Приходится констатировать, что среди судей распространен старый подход к вопросу психического заболевания – медицинский, и они не рассматривают проблемы людей с психосоциальной инвалидностью с точки зрения прав человека. Можно с уверенностью говорить, что нужны лектории и тренинги по правам человека для судей Казахстана. Несмотря на то, что есть проекты, направленные на вопросы прав людей с психосоциальной инвалидностью, они не охватывают весь спектр и всех людей. Пилотные проекты могут оказаться под угрозой, если не работать вплотную с государством по изменению законодательства. Огромная работа должна быть проделана совместно с представителями НПО, людьми с ментальной и интеллектуальной инвалидностью, государством. На данном этапе нужно обучать судей, представителей закрытых учреждений интернатного типа, психиатрических центров, судебно-психиатрической экспертизы о правах человека».

## **1.7. ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Согласно пункту 3 статьи 116 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»<sup>21</sup> лицу, признанному судом недееспособным, психиатрическая помощь оказывается с согласия их законных представителей.*

*Согласие на госпитализацию в психиатрический стационар и оказание медицинской помощи без согласия самого лица допускается в отношении недееспособного лица (пункт 2 статьи 94, пункт 3 статьи 125 Кодекса).*

При мониторинге 7 Центров психического здоровья установлено, что учет госпитализации лиц, лишенных дееспособности, не входит в официальную статистическую отчетность.<sup>22</sup> Госпитализация на лечение осуществляется с письменного согласия опекуна без учета мнения самого лица.

<sup>19</sup> Интервью Кудияровой А. «Радио Азаттык» по делу о возврате дееспособности Нестерову В., январь 2020 г.

<sup>20</sup> «Права человека в Казахстане. Обзор за 2019 г.» подготовлено Коалицией нового поколения правозащитников. Раздел «Правосубъектность лиц с психическими и интеллектуальными расстройствами», авторы Амангельдинова Г., Шакибаева А.

<sup>21</sup> Принят от 18 сентября 2009 года № 193-IV.

<sup>22</sup> Письменный ответ Министерства здравоохранения РК от 5 февраля 2019 года по данным Республиканского центра научно-практического психического здоровья.

## 1.8. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРОЖИВАНИЕ ЛИЦ С МЕНТАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Согласно статье 12 и 19 Конвенции люди с инвалидностью имеют право на самостоятельное проживание в местном сообществе.

Концепция модернизации социальной системы Республики Казахстан<sup>23</sup> предусматривает создание домов малой вместимости для людей с ментальными нарушениями здоровья, где специальные социальные услуги могут оказывать как государственные, так и неправительственные организации.

В целях деинституализации действующей сети интернатных организаций, повышения качества оказываемых услуг и социальной адаптации граждан в социуме начато развитие домов малой вместимости. В Правилах деятельности организаций, оказывающих специальные социальные услуги, утвержденных Приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 29 августа 2018 года №379, установлено, что организации стационарного типа могут создаваться в виде домов малой вместимости проектной мощностью от 10 до 50 человек.

Согласно Национальному плану по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республики Казахстан до 2025 года,<sup>24</sup> дома малой вместимости **отсутствуют в 8 регионах**: в Актюбинской, Алматинской, Атырауской, Кызылординской, Мангистауской, Туркестанской, в городах Шымкент и Нур-Султан. В настоящее время 71% организаций социального обслуживания размещены в крупных городах и районных центрах. В то же время **48,7% обслуживаемых лиц с инвалидностью проживают в сельской местности**, где доминируют отделения оказания социальной помощи на дому.<sup>25</sup> В этой связи предстоит принять меры, направленные на дальнейшее расширение институциональной базы, категоризацию получателей услуг в зависимости от их индивидуальных возможностей и усиление адресности предоставляемых услуг.

Со слов директора центра ЦОССУ №1 г. Алматы Искаковой Д.Т.: **«Порядка 30% получателей услуг в медико-социальных учреждениях для людей с психоневрологическими нарушениями могут быть социализированы»**. По состоянию на 2019 г. 20 получателей услуг выведены в отдельный дом самостоятельного проживания при центре ЦОССУ №1 г. Алматы.



На фото: *спальная комната (слева) и швейная мастерская (справа) в Доме самостоятельного проживания г. Алматы*

<sup>23</sup> Не вступила в силу.

<sup>24</sup> «Национальный план по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республики Казахстан до 2025 года» утвержден Постановлением Правительства РК от 28 мая 2019 года №326.

<sup>25</sup> Согласно национальным НПА лица с психиатрическими расстройствами имеют противопоказания к социальной помощи на дому.

Получатели услуг Дома самостоятельного проживания имеют возможность свободно передвигаться внутри дома и за его пределами, самостоятельно сходить в магазин, парикмахерскую, на рынок. Имеют право свободно распоряжаться личными деньгами. Нескольким лицам за два года была возвращена дееспособность. Две женщины, восстановив дееспособность, сумели полноценно трудоустроиться в прачечную хозяйственного обслуживания в самом центре ЦОССУ.

Восстановив дееспособность с помощью юристов ЦОССУ, 50-летний Николай смог вступить в законный брак со своей подругой. Для супружеской пары в доме имеется отдельная комната.



*На фото: комната Николая и его супруги (слева) в Доме самостоятельного проживания. На фото справа – Николай с супругой.*

К 2020 году ожидается открытие нового ЦОССУ в г. Алматы на 300 человек. Данный центр администрация планирует запустить как Дом самостоятельного проживания.

В 2015 году в г. Алматы впервые был запущен пилотный проект НПО «Психоаналитическая ассоциация» – «Training Кафе» по сопровождаемому трудоустройству лиц с психосоциальной и интеллектуальной инвалидностью. 20 ребят старше 18-ти лет из ЦОССУ №1 г. Алматы начали трудовую реабилитацию. По ходу проекта «Training Кафе» в 2017 году запустили новый проект по самостоятельному проживанию, взяв этих же 20 ребят для старта пилотного проекта в **Центр самостоятельного проживания «Камкор Отау»**. Последний проект был поддержан Управлением благосостояния г. Алматы и получил финансирование на 3 года.

Проект самостоятельного проживания представляет собой возможность жить в арендованной квартире 4-5 ребятам. Участники проекта самостоятельно готовят себе еду, убирают дом, стирают вещи, добираются до места работы без сопровождения. Проектом предусмотрено наблюдение и консультация участников специалистами: психологом, социальным работником, медицинской

сестрой. Специалисты обучают ребят планированию расходов денежных средств (заработной платы, стипендий, пособий по инвалидности).

В 2019 году количество людей, работающих в «Training Кафе» выросло от 20 до 27, а самостоятельно проживающих от 20 до 22 человек. Следуя данному примеру в 2019 году в г. Нур-Султан при поддержке Программы развития ООН в Казахстане местная организация открыла Центр самостоятельного проживания.

Важно отметить, что Дома самостоятельного проживания открыты в г. Алматы и реализуются при поддержке акимата г. Алматы.

Министерством труда и социальной защиты населения РК все полномочия в этой сфере переданы регионам. Однако многие регионы страны зависят от дотаций и не имеют права и/или возможности выделять дополнительные средства на социальную защиту. Для развития сопровождаемого проживания, регионам необходимо получить дополнительные средства из республиканского бюджета.

Описывая данную ситуацию, директор взрослого ЦОССУ №2 г. Шымкента указал на то, что бюджеты областей различаются, следовательно, создание возможностей для людей с ментальными нарушениями осуществляются по-разному. Типы малых домов социального обслуживания и условия предоставления в них комплексных и специализированных услуг будут определяться местными исполнительными органами в зависимости от категории обслуживаемых граждан и их индивидуальных потребностей.

В 2016 году Казахстан посетила руководитель сети родительских организаций «Вильтис» в Литве, основатель движения деинституализации интернатов, Дана Мигалева. В своем интервью для Фонда Сорос-Казахстан эксперт рассказала, что в Литве специальные социальные услуги оказывают неправительственные организации, основанные родителями, заинтересованными в конечном результате. Эксперт отмечает, что стандарт оказания услуг остается прежним, однако качество услуг значительно повышается.

Исследования проведенные Мигалевой Д. в Литве продемонстрировали, что несмотря на большие затраты по содержанию людей в закрытых медико-социальных учреждениях, системной работы по улучшению состояния пациентов в таких учреждениях не проводится: «Жизнь человека, родившегося с умственными отклонениями, должна быть такой же, как жизнь любого другого. Он должен утром проснуться, умыться, попить кофе и пойти по своим делам. И не важно, какой у него уровень развития. Иметь друзей, работать, вечером приходить домой, потом пойти на какие-то развлечения. Единственное отличие – иногда такому человеку нужен ассистент. Ассистенты – это специально подготовленные люди, которые становятся дополнительной поддержкой для человека с ментальными нарушениями. И чем раньше мы начнем оказывать услуги ассистента, тем будет меньше проблем у этих людей, тем раньше они будут интегрированы в общество».<sup>26</sup>

В ходе ознакомительной поездки в Литву в 2017 году автору доклада довелось видеть дома малой вместимости, дома самостоятельного проживания в каждом городе и районе Литвы для лиц с ментальными нарушениями. Наполняемость домов не превышала 12-13 человек. В одном из домов проживали пожилые люди 50-60-летнего возраста с диагнозами синдром Дауна, умственная отсталость и другое, в других домах возраст проживающих составлял от 20 до 40 лет.

<sup>26</sup> Дана Мигалева: «Перестаньте инвестировать в старую систему» — [https://www.soros.kz/ru/stop\\_investing/](https://www.soros.kz/ru/stop_investing/)



На фото: *дома самостоятельного проживания в городах Утенис, Шяуляй, Панявежиса Литовской Республики*

У каждого жильца домов малой вместимости в Литве была своя отдельная комната с бытовыми и личными принадлежностями. Внутри дома – свободное передвижение. В социальных домах нет медицинского лечения, только социальные услуги и трудовая терапия на приусадебных участках. Поскольку Конвенцией ООН по правам инвалидов настоятельно рекомендуется не допускать лечение и проживание людей с инвалидностью в одном месте.

Преимущество домов малой вместимости заключается в возможности их открытия в каждом районе, городе областного значения. Лицо не отрывается от семьи, родственников, друзей по причине психической болезни и инвалидности. Малокомплектность домов позволяет создавать спокойную, благоприятную обстановку, тем самым значительно снижая обострения психических расстройств, зависимость от периодического лечения в психиатрической больнице и применения препаратов.

### **1.9. МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВОЙ И НАЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**

Регулирование вопросов защиты людей, неспособных самостоятельно принимать решения и защищать свои права и интересы, традиционно рассматривается как предмет внутригосударственного, прежде всего, гражданского права отдельных государств. Впоследствии критика существующей во многих странах системы опеки при недееспособности лица прозвучала в докладах Генерального Секретаря ООН,<sup>27</sup> а также Специального докладчика ООН по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.<sup>28</sup> Конвенция ООН о правах инвалидов провозглашает смену парадигмы

<sup>27</sup> Доклад Генерального секретаря ООН «Результаты усилий по обеспечению полного признания и осуществления прав человека инвалидов», A/58/181

<sup>28</sup> Доклад ООН E/CN.4/2005/51 от 11 февраля 2005 г.

защиты прав людей с ограниченными возможностями, исходя из того, что инвалидность является «результатом взаимодействия, которые происходят между имеющими нарушения здоровья людьми и барьерами среды, и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».<sup>29</sup>

Заложенная в статье 12 «Равенство перед законом» Конвенции идея о том, что государства должны «принимать надлежащие меры для предоставления инвалидам доступа к поддержке, которая им может потребоваться при реализации своей правоспособности» составляет основу современного международно-правового понимания обязательств государств по защите людей, неспособных принимать самостоятельные решения и защищать свои права.

**Правоспособность** является неотъемлемым правом, предоставляемым всем людям, включая инвалидов. Правоспособность состоит из двух элементов. Первым является **правовой статус**, подразумевающий обладание правами и признание правосубъектности при рождении. Вторым компонентом является **дееспособность** пользоваться правами через действия, и чтобы эти действия признавались по закону.

Инвалиды зачастую испытывают умаления или ограничения именно в этом отношении. Правоспособность означает, что все люди, включая инвалидов, обладают правовым статусом и дееспособностью просто в силу того, что они являются человеческими существами.

Различают два режима принятия решений относительно правоспособности. **Субститутивный режим** принятия решений развит в виде опеки, попечительства в рамках законодательства об охране психического здоровья, разрешающего принудительное лечение. Такой подход лишает основополагающего права человека – **права на равное признание перед законом**. Инвалидность и/или неудовлетворительные навыки принятия решений лица принимаются в качестве законного основания для лишения его правоспособности или понижения его статуса правосубъектности.

**Суппортивная модель** принятия решений учитывает независимую волю и предпочтения лиц с инвалидностью и включает в себя различные варианты предоставления поддержки. Она должна обеспечивать защиту всех прав, в том числе связанных с самостоятельностью (право на правоспособность, право на равенство перед законом, право выбирать место проживания т.д.), а также прав, связанных с правом не подвергаться жестокому или ненадлежащему обращению (право на жизнь, право на физическую неприкосновенность и т.д.).

В рекомендации Комитета ООН по правам инвалидов (далее – КПИ) государствам-участникам указывалось, что предоставление поддержки для реализации правоспособности не должно зависеть от оценок психической дееспособности; государства-участники должны **«пересмотреть законы, допускающие попечительство и опеку, и принять меры с целью разработки законов и политики для замены режима субститутивного принятия решений суппортивной моделью принятия решений, учитывающей независимую волю и предпочтения инвалидов»**.

В Казахстане действует субститутивный режим принятия решений. Осуществляется массовое лишение дееспособности лиц, находящихся в институциональных социальных учреждениях, а законодательство разрешает принудительное лечение. В государственных программах по поддержке лиц с инвалидностью не предусмотрены мероприятия по изменению законодательства с целью развития суппортивной модели. Фактически недееспособность в своем нынешнем виде означает гражданскую смерть человека.

<sup>29</sup> Пункт «е» преамбулы Конвенции ООН о правах инвалидов.

Подход разделения на дееспособный и недееспособный статус является наследием советской юридической практики. **Непропорциональное ограничение личной свободы и прав человека тогда проявлялось в чрезмерной опеке государства над человеком и гражданином.** Минус такого подхода заключается в том, что он – универсальный, поэтому на гражданскую смерть обречены как беспомощные люди, так и те, чьи особенности развития позволяют в отдельных сферах общественных отношений жить полноценной жизнью.

В казахстанском законодательстве отсутствует любая дифференциация объёма правоспособности. Отсутствуют нормы о возможности признания судом гражданина ограниченно дееспособным в связи с психическим расстройством. **Полностью сохраняется принцип замещения принятия решений для лиц с ментальной инвалидностью,** против которого выступает КПИ, и о чем свидетельствуют тенденции развития лучших мировых практик на данный момент.

В отношении Казахстана это означает, что ратификация Конвенции должна повлечь радикальное изменение существующей системы опеки над недееспособными гражданами в силу ее несоответствия принципам пропорциональности и минимального ограничения прав человека. Ратификация Конвенции и предстоящий отчет государства<sup>30</sup> по выполненным международным обязательствам требует сдвиг парадигмы от медицинской модели инвалидности к социальной модели, основанной на правах человека.

Особое внимание Конвенция уделяет правовой защищенности лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями). В национальных законодательствах государства-участника должна произойти эволюция понятия инвалидности и охраны психического здоровья.<sup>31</sup>

Специальный докладчик ООН по правам людей с инвалидностью Каталина Девандас по итогам визита в Казахстан настоятельно рекомендовала Правительству привести национальное законодательство в области правовой дееспособности в соответствии с международными стандартами прав человека. Докладчик особо отметила, что **положение законодательства, регулирующее принудительное помещение в психиатрическое учреждение или помещение в медико-социальное учреждение долгосрочного пребывания, а также принуждение людей с инвалидностью к прохождению медицинского лечения без их согласия, противоречат положениям Конвенции о правах людей с инвалидностью.**

Рекомендация на осознанное согласие на медицинские процедуры была дана Казахстану также по итогам второго периодического доклада по соблюдению Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.<sup>32</sup>

Комитет в своих заключительных замечаниях выражал обеспокоенность тем, что в соответствии с частью 2 статьи 94 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» врачи могут осуществлять медицинские манипуляции над пациентами, признанными недееспособными, без предварительного получения их осознанного согласия, ограничиваясь согласием их законных представителей.

Комитет рекомендовал государству-участнику: рассмотреть вопрос о внесении в часть 2 статьи 94 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» поправок, гарантирующих лечение пациентов, признанных недееспособными,

<sup>30</sup> Отчет Казахстана в Комитет ООН по правам инвалидов ожидается в 2020-2021 гг.

<sup>31</sup> Из материалов «Анализ положений международного и национального законодательства, касающихся признания лиц недееспособными». Подготовлено Шакибаевой А., Алматы, 2018 г.

<sup>32</sup> Заключительные замечания (рекомендации) приняты Комитетом ООН по экономическим, социальным и культурным правам на 65 сессии 29 марта 2019 г.

только на основе их свободного и осознанного согласия за исключением случаев, когда особые обстоятельства требуют иного, принимая во внимание опубликованный Всемирной организацией здравоохранения в 2003 году свод методических рекомендаций относительно психического здоровья, законодательства и прав человека; рассмотреть возможность изъятия из пункта 5 части 9 статьи 180 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» исключения из запрета на проведение клинических исследований медицинских технологий и лекарственных средств на больных психическими расстройствами (заболеваниями), которые были признаны судом недееспособными; гарантировать полное уважение прав человека пациентов психиатрических учреждений, в том числе посредством независимого и эффективного мониторинга процедур лечения и организации эффективного судебного надзора за выдачей назначений на помещение в психиатрические учреждения.

Подробный обзор опыта реформирования опеки над недееспособными лицами был подготовлен адвокатом Бартеневым Д.Г. в его статье «Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки в странах Восточной Европы» для Независимого психиатрического журнала. Автор отмечает, что в странах Восточной Европы существует запрет назначения в качестве опекунов руководителей или сотрудников учреждений, где проживает или временно находится лицо с нарушением психического здоровья. Описывая опыт отдельных стран, автор указывает, что в Чехии и Венгрии существуют механизмы альтернативные полной опеке. При этом в Венгрии установлен законодательный запрет полной опеки над лицом.

Особый интерес автора вызывает опыт Эстонии, где «установление опеки допускается в случае, если гражданин вследствие психического расстройства постоянно неспособен понимать или руководить своими действиями, причем опекун может быть назначен как по заявлению самого гражданина, так и по заявлению иных лиц, а также по инициативе суда. Однако опекун может быть назначен только для осуществления таких обязанностей, для которых необходима опека. Закон прямо устанавливает, что в опеке нет необходимости в тех случаях, когда интересы гражданина могут быть защищены посредством помощи других лиц. Законом также установлена обязанность суда пересматривать необходимость опеки каждые три года».<sup>33</sup>

Ожидаемые реформы должны сопровождаться принципиальным изменением самого подхода к защите прав людей, ограниченных в способности принимать самостоятельные решения, с тем, чтобы, прежде всего, обеспечивать их необходимой поддержкой в принятии решений, а не ограничивать их права. Успешность таких реформ требует также преодоления патерналистского подхода к системе опеки, доминирующего в сознании отечественного законодателя и правоприменителя, когда главная задача опеки видится в полном замещении решений подопечного решениями опекуна.

Изучая международный опыт реформирования системы интернатов и развитие услуг по месту жительства авторы книги «Методология деинституализации медико-социальных учреждений и модели альтернативных социальных услуг»<sup>34</sup> подробно описали опыт стран США, Италии, Швейцарии, Ирландии, Финляндии, Австрии, Швеции, Голландии, Чехии, Объединенного Королевства Великобритании, Шотландии, Хорватии, Молдовы, Республики Армения, Литовской Республики.

<sup>33</sup> Д.Г. Бартенев «Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки в странах Восточной Европы», Независимый психиатрический журнал, №4, 2009 г.

<sup>34</sup> Методология деинституализации медико социальных учреждений и модели альтернативных социальных услуг. Под общ. редакцией к.м.н. Хахимжановой Г.Д., Алматы, 2015 г. стр. 11-35.

Все вышеуказанные страны начали процесс деинституализации 10-15 лет назад, в связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов в этих странах, сопровождавшейся одновременно с сокращением коек в психиатрических больницах.

Создание видения деинституализации означает создание мысленного образа общества, в котором люди больше не обитают в учреждениях, а получают помощь на дому или в домашней обстановке. Такое видение может быть мощным источником вдохновения и должно лежать в основе оперативных решений необходимых для успешного развития системы предоставления помощи по месту жительства. Местное руководство должно сменить фокус усилий и ресурсов со структур на людей. Это изменение потребует дополнительного финансирования для покрытия промежуточных расходов на содержание учреждения, в то время как идет инвестирование в переподготовку кадров и развитие новых объектов, которые будут использоваться как центры для проведения общественных мероприятий на местах.

По мнению бывшего главного внештатного психиатра Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, д.м.н., профессора С. Алтынбекова: «В нашей стране принято достаточно нормативных документов, ориентированных на эффективное медико-социальное обслуживание, однако, практическая реализация разработанных положений, по разным причинам, находится на недостаточном уровне. В настоящее время, отсутствует межведомственное взаимодействие, имеет место дефицит специалистов в области психиатрии, особенно в системе ПМСП, недостаточно полно проводится оценка социальных показателей лиц с ментальными нарушениями, не имеется четкой методологии проведения деинституализации и ресоциализации с учетом специфики нарушений ментального здоровья и ментальных функций, на низком уровне находится государственная поддержка инициатив гражданского общества по развитию альтернативных услуг защищенного жилья, созданию защищенных рабочих мест для ресоциализации лиц с проблемами ментального здоровья на уровне районов и областей».<sup>35</sup>

Описывая нарушения прав людей с ментальными особенностями, важно упомянуть о дискриминации в объеме и видах получения государственных социальных услуг и об интерсекциональной дискриминации.

В казахстанском исследовании «Доступ к правосудию женщин с инвалидностью г. Алматы: состояние, проблемы и рекомендации», подготовленном Преновой Н. и представителями ОО «Шырак» отмечается, что: «Законодательство Казахстана в большей степени ориентировано на социальную защиту и реабилитацию инвалидов и исходит в основном из старых подходов к этой проблеме, то есть рассматривает инвалидов как уязвимую категорию населения, которая должна получить элементарный прожиточный уровень необходимых благ. Отсюда возникает отсутствие системности в вопросе недискриминации и социализации инвалидов в качестве полноправных членов общества».<sup>36</sup>

На сегодняшний день отсутствует единое, системно выстроенное антидискриминационное законодательство, не имеется специального комплексного акта (*lex specialis*) запрещающего, а главное устанавливающего ответственность за дискриминацию людей с инвалидностью.

<sup>35</sup> Интервью с д.м.н., профессором, руководителем института дополнительного и профессионального образования Казахского национального медицинского университета им.С.Асфендиярова, бывшим главным психиатром МЗ РК Алтынбековым С.А.

<sup>36</sup> «Доступ к правосудию женщин с инвалидностью г. Алматы: состояние, проблемы и рекомендации» подготовлено Нуржамал Пренова и ОО «Шырак» г. Алматы, 2011 г.

В статье 5 профильного Закона «О социальной защите инвалидов в РК» указывается о запрете дискриминации по признаку инвалидности, однако не дается определение, что такое дискриминация по признаку инвалидности. Не установлен механизм правовой защиты в случае дискриминации по признаку инвалидности.

Если останавливаться на дискриминационных пунктах законов, достаточно привести пункты Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 января 2015 г. №26 «О некоторых вопросах реабилитации инвалидов», согласно которым, лицам с психическими расстройствами медицински противопоказано получать социальные услуги индивидуального помощника, специалиста жестового языка, санаторно-курортное лечение. Лицо, получающие специальные социальные услуги имеет право покинуть ЦОССУ по письменному заявлению законного представителя, либо в случае снятия инвалидности или установления третьей группы инвалидности, либо в случае смерти.

**Интерсекциональная дискриминация** является одной из форм множественной дискриминации. В действующих законах отсутствует понятие интерсекциональной дискриминации. Законы имеют тенденцию сопротивляться уходу от «одноосной» модели. Так лицо с инвалидностью, не имеющее гражданство Республики Казахстан, вправе получить лечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих.<sup>37</sup> Получения специальных социальных услуг (услуги на дом, социальные услуги в условиях стационара, полустационара, дневного пребывания в организациях социальной защиты) и поддержки лиц с инвалидностью не возможно без наличия гражданства Республики Казахстан.

#### **Выводы<sup>38</sup>:**

Таким образом, согласно анализу национального законодательства и практики деятельности государственных медицинских и социальных учреждений, не соблюдаются **обязательства государства по уважению прав людей с психическими нарушениями здоровья:**

1. Отсутствуют четкие юридические гарантии признания права инвалидов с психическими заболеваниями пользоваться правоспособностью и дееспособностью наравне с другими.
2. Существуют исключения из юридических гарантий на основании психических нарушений здоровья.
3. Существует правовой механизм для полного лишения инвалидов их дееспособности на основании их инвалидности и назначения полной опеки.
4. Национальные законы не позволяют недееспособным гражданам совершать юридические действия наравне с другими (вступление в брак, открытие банковских счетов, доступ к банковским займам, участие в голосовании, отстаивание своих прав в суде, участие в качестве свидетеля в судебных процессах, владение и пользование собственностью, написание завещаний, контроль за своим собственным лечением).

<sup>37</sup> Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года №194 «Об утверждении перечня острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, временно пребывающие в Республике Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

<sup>38</sup> Подготовлены согласно наблюдениям за осуществлением Конвенции о правах инвалидов. Серия материалов по вопросам профессиональной подготовки №17, ООН, Нью-Йорк, 2010 г.

## Согласно **обязательству защищать лиц с инвалидностью от нарушений их права на дееспособность:**

1. Государство не обеспечило надлежащие и эффективные гарантии для предотвращения злоупотреблений поддержкой, предоставляемой инвалидам для осуществления их дееспособности.
2. Для лиц с инвалидностью не предусмотрены средства правовой защиты, в случае отказа в признании дееспособности лица. Т.е. поставщик услуг – директор ЦОССУ отказывается признать состоятельным выражение воли такого человека, для получения доступа к лечению инвалиду во всех обстоятельствах требуется согласие опекуна.
3. Правительство не приняло законы, стратегии и программы по обеспечению механизмов **поддержки принятия решений** при реализации правоспособности лицами с инвалидностью. На сегодняшний день существует признанный механизм замещения принятия решения опекуном за инвалида.
4. Правовой статус недееспособности лица принуждает лица с инвалидностью 1 и 2 группы жить в специальном социальном учреждении, поскольку заявление на поступление в учреждение подписывает опекун, представляющий интересы, а не сам человек. Позже опекун передает свои полномочия директору. В случае желания покинуть учреждение, согласие должен дать действующий опекун.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Совершенствовать действующее законодательство по вопросам дееспособности, правоспособности людей с инвалидностью.
2. Внести изменения в Гражданский кодекс РК, предусматривающий дифференцированный подход к лишению дееспособности. Распространение нормы установления ограниченной дееспособности для лиц с психическими и интеллектуальными нарушениями.
3. Внести изменения в статью 328 пункт 2 Гражданского процессуального кодекса РК, чтобы лица, лишённые дееспособности, могли обращаться в суд непосредственно или через представителя по своему выбору (например, организациям, занимающимся вопросами инвалидности, также можно было бы обеспечить возможность подавать такие заявления). Кроме того, законодательные органы должны рассмотреть возможность установления сроков для принятия решений по недееспособности и/или обязательных периодических пересмотров таких решений.
4. Не допускать назначения опекуном директора государственной организации социальной защиты, медицинской организации, исключить данную норму, закреплённую в пункте 4 статьи 122 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье». Необходима полная отмена правоотношений опекуна-директора и опекаемого-услугополучателя. Директор должен быть только услугодателем, лицо с психосоциальной инвалидностью услугополучателем.
5. Рассмотреть возможность принятия закона о распределённой опеке, позволяющего недееспособным лицам с инвалидностью иметь несколько опекунов, включая некоммерческие организации. Такой закон позволит внедрить альтернативные интернату формы проживания для людей с ментальными нарушениями здоровья.

### **Рекомендации для местных исполнительных органов:**

1. Выработать механизм по инициированию местными исполнительными органами исков о восстановлении дееспособности лиц, содержащихся в Центрах оказания специальных социальных услуг.
2. В пункт 4 статьи 122 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» в качестве опекунов и попечителей лиц, нуждающихся в опеке и попечительстве, закрепить администрацию (директора) неправительственной общественной организации (оказывающей специальные социальные услуги) в лице юридического лица.
3. Процедуру оформления опекунства над лицами, нуждающимися в опеке и находящимися в соответствующих организациях образования, медицинских организациях, организациях социальной защиты населения распространять в том же порядке и на тех же условиях на администрацию неправительственной организации, оказывающей специальные социальные услуги.

## Глава II.

# МОНИТОРИНГ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ЛИЦАМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Согласно Национальному плану за период с 2015 по 2019 годы возросло число получателей услуг в стационарных организациях – на 19,9%, увеличено количество организаций стационарного типа – 12,4%.<sup>39</sup>

### 2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

ЦОССУ осуществляют прием получателей услуг от городских и районных уполномоченных органов занятости и социальных программ по месту жительства получателя услуг в соответствии с пунктом 2 статьи 31 Закона РК «О местном государственном управлении и самоуправлении в РК», пунктом 2 статьи 15 Закона РК «О специальных социальных услугах», Приказом Министра здравоохранения и социального развития РК №165 от 26 марта 2015 года «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» и на основании заключения по оценке и определению потребности в специальных социальных услугах.

Государственная политика в сфере предоставления специальных социальных услуг основывается на принципах соблюдения прав человека, гуманности, добровольности, конфиденциальности, адресности и доступности предоставления специальных социальных услуг, недискриминации.<sup>40</sup>

Организационно-правовая форма ЦОССУ – государственные учреждения.<sup>41</sup> Финансирование учреждений осуществляется из местного областного бюджета.

Директор детского ЦОССУ «Нұрлы жүрек» Бупежанов С.Е. видит возможность оказания платных реабилитационных услуг для детского населения по месту расположения на базе ЦОССУ через изменение формы ЦОССУ с государственного учреждения на государственное учреждение на праве хозяйственного ведения.

Наиболее крупными ЦОССУ для взрослых по итогам посещения является «Риддерский центр оказания специальных социальных услуг» – 737 человек, «Центр оказания специальных социальных услуг №1» г. Алматы – 692 человека. Среди детских ЦОССУ – Центр оказания специальных социальных услуг №6 г. Шымкента – 171 детей.

<sup>39</sup> Постановление Правительства РК от 28 мая 2019 года №326 «Национальный план по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республики Казахстан до 2025 года».

<sup>40</sup> Статья 4 Основные принципы и задачи государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг Закона РК «О специальных социальных услугах» от 29 декабря 2008 г. №114 – IV.

<sup>41</sup> Статья 34 Гражданского кодекса РК: государственные учреждения – юридическое лицо, являющееся некоммерческой организацией и содержащееся только за счет государственного бюджета.

## 2.2. КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ УСЛУГ



Рисунок 3. Качественный состав получателей специальных социальных услуг

Как видно на Рисунке 3, в детских ЦОССУ наибольший процент составляют дети, оставшиеся без попечения родителей и отказные дети. Распространенной проблемой для юристов детских ЦОССУ является поиск родителей отказных детей. Часто детей с патологиями оставляют в родильных домах и больницах, написав расписку об отказе. На сегодняшний день юридическая сторона отказов не в полной мере урегулирована законодательством Республики Казахстан.<sup>42</sup> Поскольку лишение родительских прав необходимо произвести через суд с личным участием законных родителей. Отсутствие социального статуса не позволяет ребенку участвовать в процедурах усыновления, постановки в очередь на жилье из государственного жилищного фонда.

Во взрослые учреждения около 20% получателей услуг поступают из детских домов МОН РК, детских ЦОССУ. Одна из причин высокого числа поступления в ЦОССУ в зрелом возрасте является отсутствие получения социальных услуг по месту проживания. Согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития РК «О некоторых вопросах реабилитации инвалидов» от 22 января 2015 года № 26, медицинскими противопоказаниями к предоставлению инвалидам социальных услуг индивидуального помощника и специалиста жестового языка, социальной помощи на дому являются психические расстройства.

Не более 30% от общего числа имеют возможность выехать за пределы учреждения на экскурсии, бассейны, музеи.

<sup>42</sup> В исследовании «Врачебная этика как фактор институализации детей с особыми нуждами», авторы Джаксылыков С., Шакибаева А. описывают практику отказов от детей с патологиями, г. Алматы, 2019 г., с. 13.

Наблюдается категория получателей услуг, которые думают, что они находятся в больнице и надеются, что скоро вернутся домой. Так Валентина 67 лет (11 лет проживает в ЦОССУ №4 г. Туркестан) хочет домой и спрашивала, почему не выпускают домой, что могла бы продолжить лечение по месту проживания, убеждена, что дома ей будет лучше. Жаловалась, что не может встретиться с директором.

Также во все посещенные учреждения ожидается **очередь на поступления новых получателей услуг**. В зависимости от области цифра ожидающих варьируется от 50 до 150 людей.

Престарелые люди, в случае ухудшения психического здоровья переводятся из домов инвалидов в медико-социальные учреждения (ЦОССУ). Для этого, согласно действующей практике их необходимо признать судом недееспособными лицами. Для сбора документов в суде необходима обязательная госпитализация в ЦПЗ с целью уточнения диагноза. После признания недееспособным пожилого человека опекуном становится главный врач больницы. После перевода в ЦОССУ производится смена опекуна.

Автор была свидетелем того, как в ЦПЗ г. Усть-Каменогорска госпитализировали 90 летнюю престарелую женщину для осуществления вышеописанной бюрократической процедуры.

Система национальной социальной защиты должна разрабатывать условия для сохранения человека в семье через создания ряда услуг по месту проживания.

Наблюдается разница в отношениях к больному члену семьи. В тех случаях, когда человек имеет психическое расстройство, близкие родственники вынуждены чаще прибегать к получению специальных социальных услуг в условиях стационара. В то время как родители детей с умственной отсталостью, синдром Дауна помещают в ЦОССУ в тех случаях, когда не остается близких людей, готовых ухаживать за больным человеком.

За период посещения наблюдались факты, когда родители, зачастую одинокие матери умерли, не успев оформить «взрослого ребенка» с синдромом Дауна в учреждение. Сбором документов занимались соседи.

### 2.3. СВЯЗЬ С РОДСТВЕННИКАМИ

Результаты мониторинга вызывают обеспокоенность в прерывании родственных связей получателей услуг после поступления в ЦОССУ.

Как видно на Рисунке 3 более 70% получателей услуг утратили связи с родственниками. Специалисты по социальной работе по просьбе получателей услуг связываются с их родственниками. Однако очень часто родственники, взрослые дети получателей услуг просят не беспокоить их и не интересуются жизнью близкого человека.

Для многих получателей услуг характерна **самостигматизация**. Так Бибисара 60 лет, получатель услуг в ЦОССУ № 2 г. Шымкент (проживает в ЦОССУ 38 лет, имеет 4 детей) описала себя как: «Я же больная, врачам виднее, что выписывают, то и пью. Я из-за бытовых условий стесняюсь оставаться надолго дома во время отпуска».

У самих получателей услуг нет свободного доступа к телефону, компьютеру, социальным сетям, бумаге, ручке, возможности отправки писем. Так, при посещении ЦОССУ в г. Риддер выяснилось, что за 2019 год получателями услуг было отправлено 11 писем, поступило 7 писем, получено 11 посылок. Как

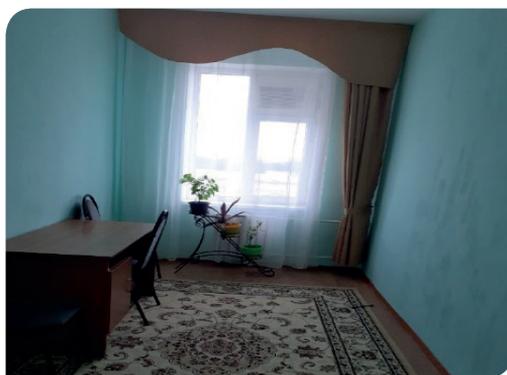
правило, письма пишутся подопечными под диктовку или за них письма пишет библиотекарь.

На лечебные отпуска выезжают не более 5-10% получателей услуг, в зависимости от учреждения, как правило, одни и те же лица. В ЦОССУ в с. Купчановка Акмолинской области 170 человек из 469 опекаемых **не выездыные**.

**Отсутствие фактов побега** из учреждения характерно для всех ЦОССУ. Директор ЦОССУ №4 Туркестанской области пояснила, что многим не положено поддерживать связь с родными, так как они общественно опасные. Как стало известно, за все время работы ЦОССУ №4 Туркестанской области имела место лишь одна попытка бегства, но ее предотвратили.

Подобная практика отказа в возможности покинуть учреждение на непродолжительное время характерна для всех взрослых центров ЦОССУ и распространяется на более 70% получателей услуг. Заключение об ограничении выезда лиц, вызывающих беспокойство, выносятся врачом-психиатром и утверждаются директором ЦОССУ. Официальные критерии оценки состояния опекаемых не разработаны ответственным ведомством.

В ЦОССУ №4 Туркестанской области ведутся журналы регистрации посетителей, согласно которым учреждение в день принимает в среднем 1-2 посетителей. Важно указать, что учреждения подобного типа единственное крупное в области и обслуживает районы области. Так самое дальнее расстояние 300 км. Родственники, приехавшие из дальних районов, имеют возможность переночевать в комнате для свиданий. Однако такая практика не распространена повсеместно, крупные учреждения в других регионах страны, в основном оборудованы комнатами для коротких свиданий с родственниками.



*На фото: комната свиданий с родственниками во взрослом ЦОССУ г. Актау*

При этом расстояния между областными ЦОССУ и районами областей могут достигать 12-15 часов пути в один конец.

В детских ЦОССУ и во взрослых имеется доля детей, поступивших из детских домов МОН РК. Так руководство детского дома г. Алматы настаивали на переводе 3 ребят в центр ЦОССУ г. Алматы. Согласно заключению педагогов и социальных работников ЦОССУ данные дети не имели показаний для проживания в психоневрологическом учреждении. Однако руководство детского дома настаивало на переводе детей в ЦОССУ. Важно отметить, что ребята были накануне совершеннолетия, и определение в детское ЦОССУ предполагало дальнейший перевод во взрослое психоневрологическое МСУ.

Позднее ребята были переведены из ЦОССУ №2 в Центр самостоятельного проживания «Камкор отау» при НПО «Психоаналитическая ассоциация» г. Алматы

по проекту, реализуемому при поддержке акимата г. Алматы «Самостоятельное проживание».

В настоящее время имеет место практика взыскания алиментов с родителей, отказавшихся от ребенка. Юристы детских ЦОССУ осуществляют поиски биологических родителей совместно с органами полиции. Так юрист детского ЦОССУ №6 г. Шымкента за время работы с 2012 года нашел 21 родителя.

В случае положительных поисков законный представитель обязан отказаться от родительских прав в суде, вместе с тем не освобождается от родительских обязанностей по выплате алиментов на содержание ребенка. Порядка 5-10% разысканных родителей изъявляют желание забрать ребенка домой, опасаясь общественной огласки личной жизни.

Есть категория родителей, которая отказалась от ребенка по убеждению врачей о нежизнеспособности новорождённого. Получив известие о ребенке спустя несколько лет, родители пребывают в растерянности и часто принимают решение забрать ребенка домой.<sup>43</sup>

К сожалению, в обществе остается негативная практика отказов от детей с ментальными нарушениями здоровья еще при рождении. Для данной категории детей жизненный путь сопровождается переходом из институции в институцию.

Согласно данным инфографики половина оставленных детей – это дети с врожденными патологиями физических и психических нарушений.



**Рисунок 4. Социальный и медицинский статус детей, проживающих в детских государственных учреждениях**

Выделяется несколько причин, по которым родители помещают детей с особыми потребностями на попечение государства: отсутствие информации о будущем развитии ребенка и об имеющихся в наличии механизмах социального обеспечения; неспособность родителей осуществлять реабилитационные

<sup>43</sup> Случаи из практики детских ССУ г. Шымкент, г. Талдыкорган, г. Актау, когда 7-10 лет назад медицинский персонал родильных домов предлагал отказаться от больного ребенка.

мероприятия, применять специальные методики обучения и социальной адаптации и прививать своим детям необходимые бытовые навыки; отсутствие возможности уделять необходимое время уходу за ребенком с особыми потребностями (постоянная трудовая занятость членов семьи, отсутствие доступа к детским учреждениям или источникам финансовой поддержки); отсутствие денежных средств.<sup>44</sup>

Администрация ЦОССУ не всегда дает возможность увидеться с ребенком родителю. «После ухода родителя ребенок впадает в стресс», убеждена директор ЦОССУ г. Актау.

**Перевод детей из детских центров ЦОССУ во взрослое учреждение осуществляется без согласия родителей.** Самый высокий процент возвращения детей домой в детском ЦОССУ «Нұрлы жүрек» г. Нур-Султан – 17 детей и детском ЦОССУ «Камкор» г. Талдыкорган – 9 детей.

## 2.4. ОБЪЕМЫ ПОЛУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

В действующих стандартах в сфере оказания специальных социальных услуг закреплён перечень предоставляемых услуг, однако не прописан гарантированный объём оказания услуг. В конечном счёте, отсутствие конкретики в данном вопросе приводит к размыванию ответственности относительно качества и количества предоставляемых услуг.

К законодательным пробелам в области социальной защиты также относится отсутствие методических рекомендаций по составлению индивидуального плана работы получателя услуг ЦОССУ. В самом профильном ведомстве не имеется методического отдела, осуществляющего консультативно-разъяснительную работу. При изучении индивидуальных планов отмечается «шаблонный» подход, недостаточность развернутых мероприятий, вследствие чего сложно отследить выполняемость индивидуальных планов. Отсутствует стандарт санитарно-эпидемиологического контроля для социальных учреждений. При проверке ЦОССУ используются стандарты санитарного контроля для медицинских организаций.

ОХВАТ СПЕЦИАЛЬНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ УСЛУГАМИ

### ДЕТСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ / ВЗРОСЛЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ



Рисунок 5. Охват ССУ детских и взрослых учреждений

<sup>44</sup> Доклад исследовательского центра ЮНИСЕФ «Инноченти» на тему: «Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии», 2005 г.

Как видно на Рисунке 5, наиболее распространенный вид среди 8 специальных социальных услуг<sup>45</sup> – это социально-медицинские услуги (более подробно смотрите в разделе «Медицинская помощь в Центрах оказания специальных социальных услуг в условиях круглосуточного стационара и Центров психического здоровья»).

Все ЦОССУ состоят из нескольких корпусов. Получателей услуг размещают по принципу: чем сложнее степень заболевания получателя услуг, тем менее благополучнее условия проживания.



На фото: два корпуса Риддерского ЦОССУ, ВКО (слева); ЦОССУ Туркестанской области, отделение для лиц с тяжелой формой заболевания (справа).

В отдаленных корпусах находятся отделения паллиативной помощи и для лиц с тяжелой формой заболевания.

Так, например, в ЦОССУ ВКО – 18 отделений, из них 4 отделения паллиативной помощи (2 женских и 2 мужских отделения). Из 700 получателей услуг – 220 человек проживают в паллиативных отделениях, 200 человек в отделениях с тяжелой формой заболевания, оборудованных решетками, еще 200 человек проживает в отделениях средней степени тяжести, **лишь 93 человека (6-7% от общего числа) проживают в отделении самообслуживания**. Следует учесть, что данное ЦОССУ имеет наименьший процент людей с инвалидностью 1 группы (7%), остальные 93% получателей услуг лица 2 группы инвалидности с умеренными нарушениями здоровья.

Получатели услуг отделения самостоятельного обслуживания ЦОССУ №5 Туркестанской области имеют на руках удостоверения личности.

Все учреждения испытывают острую нехватку специалистов медицинского, культурного, лечебно-трудового профиля. Улучшение условий проживания в ЦОССУ директор шымкентского центра видит в увеличении штатной численности сотрудников ЦОССУ. Согласно стандарту на одно паллиативное отделение приходится не более 2 санитаров и 4 нянек.

Согласно стандарту на 50 получателей услуг предусмотрен 1 социальный работник, 1 логопед. Так, в ЦОССУ «Камкор» г. Талдыкоргана на 170 получателей услуг приходится 3 социальных работника с полной и один с частичной занятостью.

Следует отметить, что в стандартах **не имеется строгих требований к квалификации и специальности руководителя ЦОССУ**. Так, за время мониторинга,

<sup>45</sup> Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» от 26 марта 2015 года №165.

директора детских и взрослых ЦОССУ были представителями экономических, медицинских, социальных специальностей. Преимущественно директорами ЦОССУ являются врачи-психиатры. В то время как Конвенция ООН по правам инвалидов требует от государств-участников не воспринимать инвалидность как сугубо медицинскую потребность, а расширять социальный подход.

## 2.5. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ УСЛУГИ

У всех получателей услуг детских и взрослых ЦОССУ отсутствуют личные вещи, прикроватные тумбочки, возможность обустроить внутренний интерьер комнат, повесить картины.

Директор ЦОССУ №1 г. Актау убеждена, что получателям услуг тумбочки не нужны. В данном учреждении все получатели услуг коротко подстрижены под ноль, за исключением лиц, проживающих в отделении самостоятельного обслуживания (10% от общего числа). Лицам, содержащимся в отделении самостоятельного обслуживания, разрешается иметь прически (женщины), наносить макияж, выбирать одежду для повседневности, посещать кружки, участвовать в культурной самодеятельности. В комнатах отделений самообслуживания имеются шкафы для одежды, часы, картины, личные вещи и другое.

В одном из учреждений обнаружена практика маркировки нижнего белья и одежды получателей услуг.

## 2.6. ПОДАЧА ЖАЛОБ

Дети с инвалидностью в большей степени уязвимы по отношению ко всем формам злоупотребления: психическое, физическое или сексуальное. Несовершеннолетние в детских домах особенно уязвимы в силу отсутствия у них доступа к действующим механизмам подачи жалоб.

Так, при беседе с Газизом из детского ЦОССУ «Аяла» г. Талгар выяснилось, что он помогает в столовой, переносит мешки с картофелем и многое другое. На вопрос, что ты получаешь взамен, Газиз отвечал, что ему «дают что-нибудь, когда хорошо помогает». К сожалению, мальчик не воспринимает данную практику как эксплуатацию его труда и не думал обращаться с жалобой на данные действия сотрудников.

При мониторинге были изучены журналы жалоб и благодарностей для родственников получателей услуг. Сами лица, содержащиеся в детских и взрослых ЦОССУ, не всегда имеют возможность написать жалобу, изложить проблему при личной встрече с директором. Как правило, встречи с администрацией проходят во время проведения обхода. Для лиц с отсутствием речи, нарушением мышления не предусмотрены альтернативные возможности передачи информации (язык жестов, письмо, рисунки и другие приемы). Также не имеется реестра телефонных звонков.



На фото: получатель услуг Риддерского ЦОССУ, ВКО

## 2.7. ПРАВО НА ОБРАЗОВАНИЕ

Дети, находящиеся в ЦОССУ, не охвачены дошкольным и школьным образованием. Специалисты подчеркивают, что для детей, имеющих тяжелую, глубокую умственную отсталость не разработаны рабочие учебные программы Министерством образования и науки РК.

Согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» от 26 марта 2015 года №165, в ЦОССУ принимаются дети с умственной отсталостью 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.

Медицинскими противопоказаниями для проживания детей в организациях полустационарного/стационарного типа являются наличие: шизофрении с продуктивной симптоматикой; эпилепсии с частыми (более пяти раз в месяц) припадками, склонностью к серийным припадкам, эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфории; психопатоподобной симптоматики в рамках любой нозологической принадлежности; психических заболеваний, сопровождающихся грубыми нарушениями влечения и расстройствами поведения, опасными для детей и окружающих.

ЦОССУ находятся в ведомстве Министерства труда и социальной защиты населения РК, поэтому дети в этих учреждениях не охвачены образованием и возможностью последующей аттестации знаний с целью получения профессий. На сегодняшний день, индивидуальные программы образования, профессионально-технического обучения для детей с умственной отсталостью на стадии разработки.

Благодаря личной инициативе социальных работников ЦОССУ «Аяла» г. Талгара, совершеннолетний Михаил, 20 лет, является учащимся средней школы по месту жительства. Данное благое мероприятие стало возможным после одобрения Управлением образования Алматинской области и специалистов ПМПК. Важно отметить, что обучение детей из ЦОССУ в общеобразовательных школах носит характер отдельных единичных случаев.

Еще одним показательным примером может служить перевод 11 детей из детского ЦОССУ «Нұрлы жүрек» в коррекционную школу.

В детских ЦОССУ наблюдается низкий охват социально-педагогическими услугами. Важно указать, что дети, состоящие в палиативной и кризисной группе не охватываются услугами психолога, дефектолога, ЛФК, логопеда. **Всего 43 ребенка из 84 посещают коррекционные занятия (50% от общего числа)**, в ходе которых у них формируются навыки социально-бытовой ориентации, направленные на развитие трудовых навыков, самостоятельности в труде, привитие интереса к трудовой деятельности.

Отсутствие 100% охвата детей коррекционными и социальными услугами специалисты объясняют необучаемостью подопечных. В то время как в законах РК исключено понятие «необучаемые дети».

Для формирования социальных навыков и проведения коррекционно-развивающего обучения дети из ЦОССУ «Аяла» г.Талгар распределены по 3 группам с учетом их возрастных особенностей, социальных навыков и когнитивного развития: паллиативная группа – 20 детей; кризисная группа – 21 ребенок; коррекционная группа – 43 ребенка.

В детском ЦОССУ г. Актау общее количество детей составляет 75, из них занятия с логопедом посещают 40 детей, занятия с дефектологом – 24 ребенка, трудотерапию – 20 детей, сенсорные занятия и занятия с психологом – все дети. В свою очередь дети из отделения «Достык», где 9 из 13 детей проявляют агрессию, посещают следующих специалистов: дефектолога – 3 ребенка, логопеда – 1 ребенок, общеобразовательную школу – 1 ребенок, ЛФК – 10 детей, психолога – все.

Несколько воспитанников детского ЦОССУ г. Актау посещают кружки Дома творчества, в центр приходят волонтеры для обучения детей английскому языку.

В детском ЦОССУ №2 г. Алматы из 130 детей логопеда посещают – 16 детей, дефектолога – 36 детей, социально-трудовую ориентировку – 24 ребенка, ЛФК – 38 детей, уроки музыки – 16 детей, психолога – 70 детей.

Специалисты-дефектологи, логопеды, психологи всех детских ЦОССУ республики указывают, что последствия подчинения разным ведомствам приводит к тому, что специалисты, в частности педагоги-дефектологи, логопеды, психологи выпадают из современных методик обучения, не участвуют в тренингах, курсах повышения квалификации в системе коррекционной специальной педагогики МОН РК. В результате это отражается на различиях в оплате труда и оплате лечебных отпусков специалистов.

Недостаточный охват социально-педагогическими услугами наблюдается на примере взрослого ЦОССУ в г. Есик Алматинской области. Из 505 опекаемых охвачены услугами дефектолога – 46 человек (9,1%); физкультурой – 141 человек (27%); трудотерапией – 157 человек (31%); участием в культурно-массовых мероприятиях – 131 человек (25%); посещают библиотеку – 56 человек (11%).

## **2.8. СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ОПЕКАЕМЫХ В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Во всех учреждениях утвержден официальный запрет на интимные отношения между мужчинами и женщинами. Отсутствуют комнаты для уединения, не имеется возможности свободно передвигаться, свободно получать информацию. В общественных местах установлено видеонаблюдение. Внутренними правилами строго соблюдается порядок раздельного проживания. Директор риддерского ЦОССУ ВКО указывал: «Запрет на сексуальную жизнь исходит от Управления занятости и социальных программ ВКО. Подобные дела родственники решают во время лечебных отпусков».

Например, в ЦОССУ №1 г. Актау помимо раздельного проживания, имеется раздельный вход в столовую, выход на прогулки для мужчин и женщин раздельный. Администрация признает нарушение прав опекаемых на сексуальную жизнь, но в то же время поясняет, что для этого не созданы условия. Вызывают опасения риски нежелательных беременностей.

В ЦОССУ с. Купчановка Акмолинской области всем женщинам установлены внутриматочные спирали, сексуальные отношения имеют место быть в данном

учреждении. В остальных учреждениях контрацептивами обеспечивают женщин родственники. Специалисты отмечают, что об этом в стандарте ЦОССУ ничего не указано.

В Туркестанском ЦОССУ специалисты отмечали, что женщины помогают убирать друг другу внутриматочные спирали кустарным способом с целью наступления беременности. **Беременность для женщин в центрах ЦОССУ расценивается, как возможность покинуть закрытое учреждение. В ходе бесед с получателями услуг, большинство выражали желание вернуться домой.**

## 2.9. ДНЕВНЫЕ ЦЕНТРЫ ПРЕБЫВАНИЯ

Как отмечалось выше, функционирование дневных центров при круглосуточных стационарах не развито повсеместно. Дневные центры (полустационары) открыты при ЦОССУ №3 г. Актау, ЦОССУ №6 г. Шымкент, ЦОССУ «Нұрлы жүрек» г. Нур-Султан. Детский ЦОССУ в г. Актау открыт с 2009 года. В настоящее время, его посещают 82 ребенка до 18 лет.

Столичный детский ЦОССУ «Нұрлы жүрек» единственное в Казахстане социальное учреждение, где в пилотном проекте апробируют пребывание детей в полустационаре старше 18 лет до 27 лет. К концу 2018 года в стационарном отделении учреждения находилось 121 человек, полустационарном отделении до 18 лет – 126 человек, полустационарном отделении после 18 лет – 27 человек. На базе полустационара ЦОССУ «Нұрлы жүрек» функционируют ремесленные мастерские, такие как гончарное дело, штукатурное дело, швейное и другие.

Во взрослом ЦОССУ №2 г. Шымкента с 2015 года в дневном режиме посещают стационар 6 человек в возрасте после 20 лет.

Развитие качества оказания специальных социальных услуг в условиях стационара и полустационара директор учреждения «Нұрлы жүрек» Бупежанов С.Е. видит в разукрупнении детских ЦОССУ через работу филиалов в регионах.

За последние годы Правительством принят ряд положительных мер по расширению поддержки семьи и развитию дневных центров по месту проживания детей с инвалидностью. Неправительственные организации имеют возможность получать финансирование из государственного бюджета для организации и предоставления подобных услуг.<sup>46</sup> Однако существенной проблемой остается неразвитость сети дневных центров оказания специальных социальных услуг для лиц старше 18 лет.

## 2.10. РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

За период проведения мониторинга установлено, что в ЦОССУ г. Актау с ноября 2018 года функционирует реабилитационный центр «Оңалту», рассчитанный на 40 человек. В дополнение к коррекционно-развивающим занятиям оказываются лечебные процедуры в виде УВЧ, грязелечение, физиопроцедуры. Дети с инвалидностью из отдаленных районов имеют возможность пройти реабилитацию по направлению из Управления социальной защиты Мангыстауской области.

Директор ЦОССУ «Нұрлы жүрек» предлагал на базе ЦОССУ открывать для детей лагерь отдыха. На базе круглосуточных стационаров необходимо внедрять реабилитацию всех детей с ментальными нарушениями, воспитывающихся дома. Это обусловлено тем, что медицинская помощь на базе полустационара (дневного

<sup>46</sup> Закон «О государственном социальном заказе, грантах и премиях для неправительственных организаций в Республике Казахстан» от 2005 года.

пребывания) оказывается в меньшем объеме, чем в условиях стационара. Аналогичные предложения высказал врач-невропатолог детского ЦОССУ г. Шымкент.

Лица с инвалидностью, психическими заболеваниями имеют особую уязвимость по следующим причинам:

- а) неспособность слышать, самостоятельно передвигаться, одеваться, ходить в туалет и мыться повышает их уязвимость по отношению к бесцеремонности и злоупотреблениям со стороны ухаживающих за ними лиц;
- б) жизнь в изоляции от родителей, других родственников повышает вероятность злоупотреблений;
- в) в случае коммуникационных или умственных расстройств они могут сталкиваться с отсутствием внимания, недоверием или непониманием при обращении с жалобой на злоупотребления.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Министерству труда и социальной защиты населения РК:**

1. Разработать официальную стратегию деинституализации. Утвердить дорожную карту по внедрению в Казахстане стационарозамещающих технологий для граждан с психическими расстройствами, которая будет направлена на развитие института приемных семей, получение образования и трудоустройства данной категории граждан.
2. Ввести мораторий на помещение новых пациентов в специализированные учреждения и перераспределить имеющиеся ресурсы, выделенные учреждениям интернатного типа, направив их на предоставление услуг по оказанию помощи на уровне местного сообщества.
3. Совместно с Министерством образования и науки РК разработать учебные планы и программы обучения воспитанников ЦОССУ, содействовать получению основного общего образования лицами с ментальными нарушениями из государственных медицинских и социальных учреждений, оказывать им помощь в трудоустройстве, прохождении профессиональной подготовки.
4. Инициировать мультидисциплинарные проверки специалистов Министерства здравоохранения РК, провести индивидуальные обследования граждан с привлечением врачей-психиатров, социальных работников и органов исполнительной власти.
5. Содействовать проработке мер социальной и финансовой поддержки с целью стимулирования родственного ухода за гражданами, страдающими психическими расстройствами.
6. Совершенствовать систему социального обслуживания граждан, страдающих психическими расстройствами, в том числе посредством развития сопровождаемого проживания:
  - в жилых помещениях, которые находятся в собственности этих граждан;
  - в специализированном жилом фонде системы социального обслуживания;
  - в жилых помещениях, находящихся в собственности негосударственных организаций социального обслуживания, в общежитиях.
7. Для подготовки к сопровождаемому проживанию создать тренировочные базы для развития навыков самостоятельности в быту.

8. Разработать программы по деинституализации и возвращению детей с инвалидностью в свои семьи, передаче на воспитание в расширенные семьи или в систему патроната.<sup>47</sup> Необходимо учитывать мнения и желания детей при помещении в специализированные учреждения.

9. В целях укрепления межотраслевых услуг на уровне районов, городов, областных центров республики и эффективной социальной работы создать **Национальную междисциплинарную систему для выявления и оценки способностей и потребностей детей с ограниченными возможностями с раннего возраста.**

10. Разработать меры социальной защиты для преодоления бедности и снижения социальной изоляции с целью оказания помощи семьям в поддержке своих детей.<sup>48</sup>

11. Совершенствовать работу социальных служб и взаимодействие с НПО, работающими в сфере оказания социальных услуг, с целью повышения прозрачности и подотчетности их деятельности.

12. Модернизировать социальные учреждения интернатного типа в инклюзивные ресурсные центры, функционирующие на основе дифференцированного подхода при оказании специальных социальных услуг и направленные на эффективную интеграцию в общество лиц с ментальными нарушениями здоровья, в том числе детей.

13. Осуществлять постоянную психологическую и иную поддержку семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями здоровья в целях оказания помощи в преодолении возможного чувства стыда и отвержения.<sup>49</sup>

14. Предоставить педагогам-дефектологам доступ к курсам повышения квалификации.

#### **Рекомендации для местных исполнительных органов:**

1. Поощрять динамику развития и реабилитации детей с ментальными нарушениями с дальнейшим переходом в коррекционные, специальные школы для детей с нарушением интеллекта.

2. Разрабатывать рекомендации и осуществлять подготовку всего соответствующего персонала социальных работников.

3. Осуществлять постоянную психологическую и иную поддержку семей, воспитывающих детей с ментальными нарушениями здоровья в целях оказания помощи в преодолении возможного чувства стыда и отвержения.<sup>50</sup>

4. Обеспечить на системной основе обучение специалистов медико-социальных учреждений с целью постоянного повышения их квалификации.

<sup>47</sup> Пункт 49 Замечаний общего порядка №9 (2006): Права детей-инвалидов. Конвенция ООН о правах ребенка (CRC/C/GC/9).

<sup>48</sup> Законодательство и политика в области инклюзивного образования. Раздел деинституализация. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 2014 г.

<sup>49</sup> Там же.

<sup>50</sup> Там же.

## Глава III.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА И ЦЕНТРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

---

### 3.1. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

В Казахстане по состоянию на 1 января 2019 года **188 667 лиц с психическими расстройствами** состоят на учете в органах здравоохранения. Лечение и реабилитацию добровольно прошли 49 987 человек, в принудительном порядке – 217 человек. На принудительном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра находилось 151 человек. На принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа – 180 человек, на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа – 75 человек, на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением – 686 человек.

Как было оговорено уполномоченным органом, в официальную статистическую отчетность не включены лица принудительно госпитализированные в стационары общего типа. Не входит в официальную статистику также количество госпитализированных лиц, лишенных дееспособности в экстренном и плановом порядке.

Согласно сведениям районных и приравненных к ним судов по рассмотрению гражданских дел, за 9 месяцев 2019 года рассмотрено **22 иска** о принудительной госпитализации граждан в психиатрический стационар, все указанные иски судом были удовлетворены.

### 3.2. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

В ходе мониторинговых посещений было установлено, что для ЦОССУ не разработаны стандарты медицинского обслуживания. Администрации учреждений наиболее часто подвергают критике так называемые проверки уполномоченных органов. Так органы здравоохранения и санэпидстанции проверяют ЦОССУ как медицинские учреждения, тогда как это социальное учреждение.

**Вместе с тем, вся медицина в ЦОССУ в большей степени сведена к применению психотропных препаратов.**

При этом серьезную обеспокоенность вызывает применение лекарственных препаратов без согласия услугополучателя и без периодического пересмотра назначенного длительного курса лечения данным препаратом.

## ПРИМЕНЕНИЕ АМИНАЗИНА 2,5 % В ИНЪЕКЦИЯХ В ДЕТСКИХ ССУ

ССУ- ЦЕНТР ОКАЗАНИЯ  
СПЕЦИАЛЬНЫХ  
СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ



ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ  
В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
СТАЦИОНАР

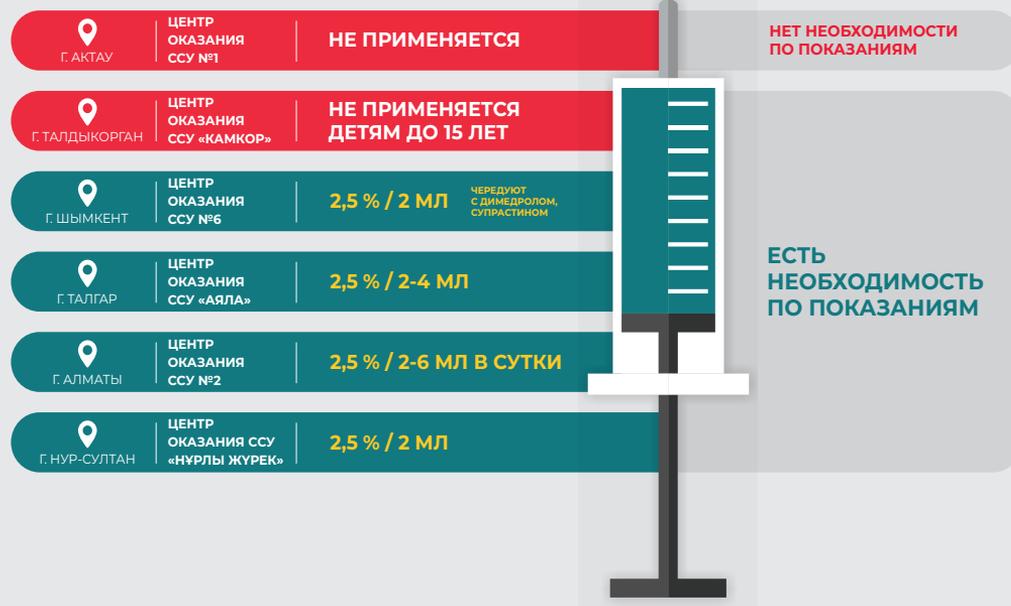


Рисунок 6. Применение лекарственного препарата аминазин 2,5% в детских ЦОССУ

Согласно Рисунок 6 применение психотропного инъекционного препарата аминазин 2,5% в разных детских учреждениях применяется по разному. Наиболее высокая доза препарата применяется в детском ЦОССУ №2 г. Алматы – от 2 до 6 мл. в сутки. При этом во взрослых ЦОССУ данный препарат внутримышечно используют редко и не более 2 кубиков в сутки.

При изучении листов назначений препарата аминазин 2,5% в ЦОССУ №2 г. Алматы выяснилось, что всего за 1 месяц данный препарат получили 11 детей или 8% опекаемых от общего числа (всего 130 детей).

Агрессивное поведение некоторых детей с наиболее сложными диагнозами, глубокой умственной отсталостью, вызвано не психическими расстройствами, а отсутствием речи и, как следствие, невозможностью выразить эмоции и желания. Однако во всех подобных случаях в ЦОССУ «Аяла» г. Талгара применяются психотропные препараты, которые в действительности не эффективны и наносят еще больший вред здоровью ребенка. Так, за 1 месяц лечения Гусейнов А. получил 186 таблеток аминазина дозировкой 25 мг. Ыбырай Ы. – 118 таблеток аминазина, дополнительно ему назначались такие препараты как карбамазепам, депакин хроно. Ыбырай Ы. проявляет аутоагрессию к себе, может ранить или навредить себе.



На фото: воспитанник ЦОССУ «Аяла» г. Талгара Ыбрай Ы. в самодельных рукавицах, надетых на него во избежание травм

Детский ЦОССУ г. Актау не прибегает к инъекциям препарата аминазин, так как в учреждении не наблюдается детей с агрессивным поведением. Важно упомянуть, что Актауский центр построен по типовому проекту для социальных учреждений. Площадь центра составляет 9000 кв. м., имеются просторные коридоры, комнаты, спортзал, лечебно-профилактические кабинеты, кабинеты Монтессори, сенсорной терапии, все это благоприятно отражается на психоэмоциональном состоянии опекаемых. Также в Мангыстауской области не имеется фактов госпитализации в психиатрический стационар ввиду отсутствия такой необходимости. В самом ЦПЗ нет детского отделения. Инвалидность детям устанавливают без госпитализации в стационар.

В детском ЦОССУ №6 г. Шымкента для лечения детей предусмотрены следующие кабинеты: процедурный, физиотерапии с аппаратами электро-светолечения, лечебного массажа, зал лечебной физкультуры. Медицинские кабинеты оборудованы современными реабилитационными аппаратами: биоптрон ПРО- 1, электрофорез, нуга бест, турманиевый матрас (нуга бест), дарсонваль, УВЧ, парафин, магнитотерапия, ультразвук. Отношение персонала к детям очень теплое. Со слов врача-невропатолога: *«Ребенка можно обмануть, обыграть, тем самым успокоить и не давать тяжёлые лекарства. Объемы помощи в реабилитации, дневных центрах и стационарах разные. Ребенок, находясь дома, не получает такой объем лечебно-профилактической помощи».*

В ЦОССУ «Камкор» г. Талдыкоргана имеется палата, где находятся дети с тяжелыми заболеваниями – «лежачки», неподвижные. Руководство рассматривает вариант для установления колес на манеж для возможности выхода на улицу, поскольку их кости считаются настолько хрупкими «хрустальными», что любое резкое движение может разрушить костную целостность. По словам руководства, вероятность достижения динамичных показателей в реабилитации равняется нулю, учитывая сложность заболеваний и невозможность обучения. Вместе с тем, имелись случаи, когда ребенка обучали держать ложку в течение 1 года, после применения препаратов навыки ребенка утратились.

В данном центре назначаются такие психотропные препараты, как соннапакс, карбамазепин, депакин, аминазин, против сезонной аллергии долобене, эссенциале, желчные травы.

В ходе мониторинга взрослого ЦОССУ в г. Есик проводились беседы с медицинским персоналом, были изучены медицинские карты пациентов, назначения лекарств, в частности психотропных препаратов и длительность курсов лечения. Выяснилось, что в момент мониторингового визита 2 пациента находились в кризисной палате по причине агрессивного поведения. По результатам изучения журнала назначений врача указанным «буйным» пациентам, обнаружено сочетание тяжелых психотропных препаратов (аменазин, карбамазепин, азалептол, галоперидол, хлорпротиксен) и их длительное применение, что является прямым нанесением вреда здоровью пациентов. Один получатель услуг принимал до 5-6 психотропных препаратов одновременно.

Врач-психиатр учреждения прокомментировал подобные назначения следующим образом: *«удержать 500 человек в одном учреждении невозможно без применения тяжелых препаратов. Поступают с диагнозами легкой степени, со временем проживания в крупных интернатах диагнозы утяжеляются. В детских учреждениях медицинская помощь представляется в большем объеме, чем во взрослых учреждениях, поэтому и во взрослых центрах смертей больше».*

Социальные учреждения не испытывают финансовых затруднений в объемах приобретения медикаментов. Так ЦОССУ в г. Риддер на 2019 год выделено 35 772 000 тенге на закупку медикаментов. Закуп лекарств каждая организация осуществляет самостоятельно. Должного мониторинга компетентных служб не практикуется.

Наблюдалось много беззубых людей. Сильная зубная боль при отсутствии речи может давать агрессию и возбудимость, которую врачи могут ошибочно принимать как необходимость назначения психотропного препарата. В ЦОССУ «Камкор» Акмолинской области в разные годы переболели туберкулезом 85 человек.

В учреждениях имеется практика периодической госпитализации детей и взрослых на лечение в Центры психического здоровья. Специального графика нет, но при изучении журналов передачи смены медицинских работников помещаются на госпитализацию одни и те же люди.

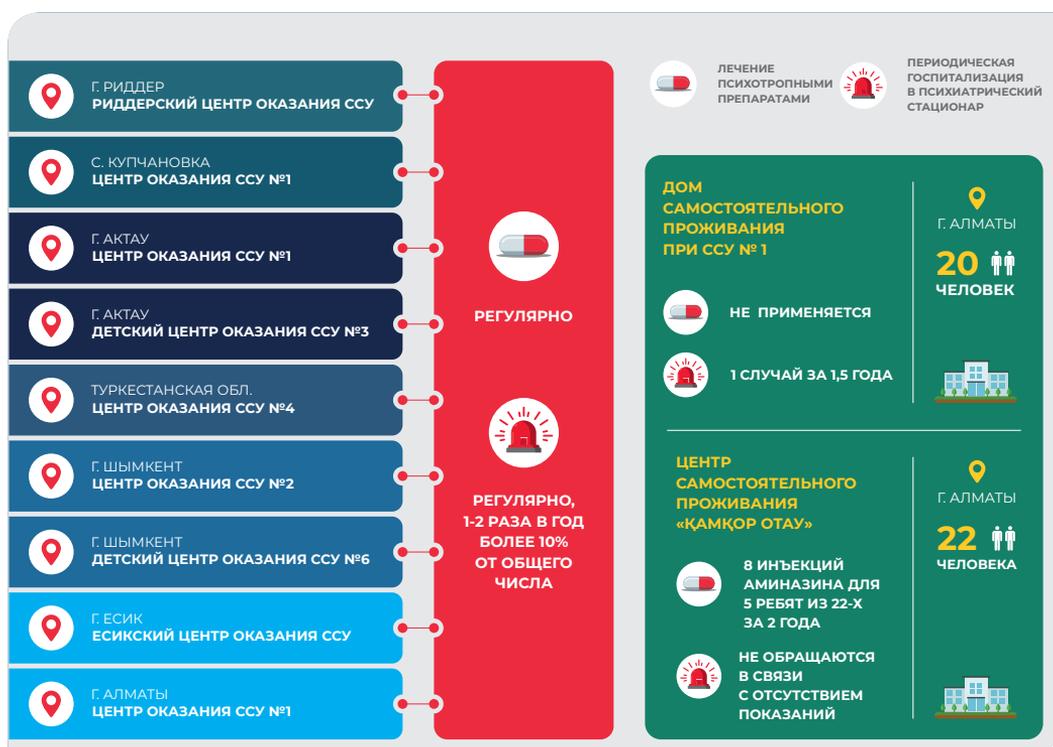


Рисунок 7. Сравнительные показатели применения психотропных препаратов и случаев госпитализации в ЦОССУ и в Домах/Центрах самостоятельного проживания

Важным выводом мониторинга является закономерное улучшение психического состояния опекаемых при переводе в условия самостоятельного проживания, что сопряжено с улучшением бытовых условий и снижением конфликтности при малом проживании людей. Так, при переводе опекаемых ЦОССУ № 1 г. Алматы в Дом самостоятельного проживания, по заключению лечащих врачей-психиатров резко снизилась потребность в назначении психотропных препаратов и госпитализации в больницу.

Согласно записям специалистов Дома «Камкор отау» с июля 2017 по сентябрь 2019 года психиатр вводил 8 инъекций аминазина 5 из 22 получателей услуг (при острых состояниях психоза и с целью предотвращения госпитализации).

«ВЦПЗ или РНЦПП мы ни разу не обращались, так как было достаточно проработать агрессию. Но агрессия ребят может проявляться постоянно и длительно (от недели до полугода). Вот здесь и нужна сила выдержать нападки как моральные, так и физические от ребят. Сложно. Поэтому, видимо, и в психиатрических учреждениях больше используют инъекции и психотропные лекарства. В малокомплектных учреждениях легче справиться с проблемами, потому что есть достаточное количество сотрудников, которые играют роли плохого и хорошего объекта. Также, немаловажно подбирать индивидуальную терапию. Многим из наших ребят прописывали неподходящие лекарства, что поспособствовало ухудшению функционирования мозга. Часто наши ребята пропивают курс витаминов и успокоительных средств в осенний и весенний периоды», – отметила психолог Дома «Камкор отау» Амангельдинова Г.

Во всех взрослых ЦОССУ имеются **кризисные комнаты**. Официально утвержденных правил помещения, длительности содержания в кризисной комнате не

имеется. «Все по показаниям врача-психиатра» – это наиболее частая фраза, озвучиваемая администрациями ЦОССУ, как основание помещения человека в закрытую комнату.

Кризисные комнаты представляют собой камеры, схожие с камерами следственных изоляторов: закрываются на замок, вместо двери решетка. В одной комнате без права выхода могут находиться от одного до четырех человек. В нескольких учреждениях автор наблюдал в углу кризисной комнаты ведро для отправления естественных потребностей. Содержание в кризисных комнатах людей относится к унижительному и жесткому обращению.



На фото: получатель услуг Есикского ЦОССУ в кризисной комнате



На фото: кризисная комната в Риддерском ЦОССУ, ВКО

На фото изображен мужчина, находящийся в кризисной комнате, в момент посещения он был без подгузников, в мокром белье. Директор Есикского ЦОССУ Алматинской области запретила мониторинговой группе вести беседу с лицами, находящимися в кризисных комнатах, мотивируя тем, что они «недееспособные».

### **3.3. ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ**

В ЦОССУ и ЦПЗ пациенты лишены возможности получения информации о состоянии своего здоровья в доступной форме. У них также не имеется возможности ознакомиться с медицинской документацией (историей болезни), возможности получить копии медицинских документов или выписки из них. Тогда как это право гарантируется всем пациентам, независимо от дееспособности, и распространяется в полной мере и на психиатрическую помощь.

### **3.4. СМЕРТНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ И ЦЕНТРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

За 2018 год самая высокая смертность наблюдается в Восточно-Казахстанской области – 17 случаев, тогда как в Мангыстауской области ни одного случая за 3 года в период с 2016 по 2018 гг.

*«От психических заболеваний не умирают!»* Врачи психиатрических больниц в разных областях сообщали о нежелании соматических отделений больниц принимать пациентов с психическими заболеваниями. Смерть пациентов наступает в результате соматических заболеваний и осложнений. Как показывает вскрытие, у большинства умерших лиц причиной смерти становится отек головного мозга.

Наиболее часто врачами-психиатрами ЦОССУ поднимается вопрос относительно лиц, совершивших общественно опасные деяния и прошедших принудительное лечение в стационарах интенсивного наблюдения (ГУ РПБСТИН МЗ РК с. Актас, Талгарский район). В ЦОССУ г. Алматы проживают 10 человек из с. Актаса. Отделение проживания оборудовано решетками. Врачи поясняют, что в социальных учреждениях не созданы условия для охраны такой категории лиц, не предусмотрена специальная охрана.

Медицинские работники также озвучивали предложения по отдельному проживанию и оказанию медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и лицам с умственной отсталостью. Подобная мера, по их мнению, уменьшит число случаев жестокого обращения и конфликтность при взаимодействии получателей услуг.

### **3.5. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК**

#### **Прием и отказ в госпитализации пациентов**

Высокая стигма по отношению к психическим заболеваниям прослеживается в малочисленных отказах в госпитализации в экстренном порядке. Врачи специальной бригады скорой помощи приезжают по месту жительства людей с психическими заболеваниями по вызову родственников, соседей, полиции. Встречаются периодически неподтвержденные вызовы. Имеются случаи, когда родственники или соседи настаивают на госпитализации лица. Со слов врачей психиатров приемного покоя на практике бывают случаи неподтвержденных оснований для госпитализации. Наибольший процент отказов наблюдается в психиатрических больницах государственно-коммунальной организационно-правовой формы.

Так, администрация Центра психического здоровья Восточно-Казахстанской области произвела перерегистрацию учреждения с КГУ на ПХВ в сентябре 2019 года. До этого времени с начала 2019 года до конца сентября насчитывается 131 отказ в госпитализации. Учреждения на ПХВ не отказывают в госпитализации либо отказы занимают не более 1% от общего числа в связи с переходом на систему Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

В ЦПЗ г. Алматы за 2019 год в экстренном порядке поступило 1767 пациентов, плановом – 472. Общее количество – 2319, отказов – 80. В ЦПЗ г. Туркестан на момент посещения находилось 580 больных, на принудительном лечении 15 человек. С начала года по 6 июня 2019 года в учреждение поступило 2637 человек. Отказы, со слов администрации, бывают 1 раз в квартал.

ФОМС не оплачивает нахождение в стационарах пациентов по социальным показаниям. Так, в Восточно-Казахстанской области ФОМС выставил ЦПЗ счет в размере 1 млн. тенге за 300 пациентов, находящихся в отделении п. Канайка **по социальным показаниям**. Эта категория людей не имеет родственников, документов, жилья. Перевод в социальные учреждения таких больных крайне затруднен.

Следует отметить, что Восточно-Казахстанский областной психиатрический диспансер наиболее крупное учреждение в стране, рассчитанное на 1120 коек. За 2018 год здесь прошли лечение 5723 человек, умерло – 17 человек.

Значительный поток пациентов проходит через ЦПЗ г. Шымкента, по состоянию на 6 июня 2019 года поступило 2637 пациентов. Количество пациентов в палатах достигает 30-40 человек.

В результате отсутствия требования о ведении реестра госпитализации лиц, лишенных судом дееспособности, подобное ведение журнал-реестров не практикуется во всех ЦПЗ.

### **Принудительная госпитализация в Центры психического здоровья**

Согласно статье 336 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», заявление о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар подается в суд **не позднее семидесяти двух часов с момента помещения лица в психиатрический стационар**.

*Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар до вынесения судом решения допускается исключительно в целях недопущения последствий, предусмотренных подпунктами 2), 3) и 4) пункта 1 статьи 94 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».*

*По каждому случаю принудительной госпитализации без решения суда администрация психиатрической организации в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар направляет прокурору письменное уведомление.*

В учреждении ЦПЗ г. Нур-Султан имеется журнал регистрации недобровольных госпитализаций. Всего с начала года было **госпитализировано в недобровольном порядке 75 пациентов**. Журнал недобровольной госпитализации является внутренним документом больницы, и имеющиеся в журнале данные не включаются в официальную статистическую отчетность.<sup>51</sup>

При изучении данного журнала стало известно, что только 10 из 75 пациентов получили санкцию суда на принудительную госпитализацию. 25 пациентов подписали лист добровольного согласия на второй, третий день после

<sup>51</sup> Согласно ответу Министерства здравоохранения РК и Республиканского научно-практического центра психического здоровья за исх. №05-5-5/2609 от 28.02.2019.

недобровольной госпитализации. Остальные 40 фамилий пациентов были без подписей и отметок.

В данном случае необходимо дать правовую оценку незаконному удержанию лица в закрытом стационаре с момента водворения в палату интенсивного наблюдения отделения до подписания листа добровольного согласия.

### **Принудительное лечение в психиатрических стационарах**

*Согласно Нормативному постановлению Верховного Суда РК от 9 июля 1999 года №8 «О судебной практике по применению принудительных мер медицинского характера», органы здравоохранения, на которые возложено применение принудительных мер медицинского характера и оказание психиатрической помощи, обязаны по истечении 6 месяцев со дня применения принудительной меры медицинского характера, а затем регулярно через каждые 6 месяцев освидетельствовать больного и на основе примененных методов лечения и медицинского наблюдения представлять в соответствии со статьей 93 УК в суд мотивированное заключение об изменении, продлении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера. Пребывание лица в психиатрическом стационаре без регулярного продления судом применения принудительной меры медицинского характера является незаконным.*

*Постановления, вынесенные в результате рассмотрения представления о прекращении, изменении, продлении применения принудительных мер медицинского характера, могут быть обжалованы, опротестованы лицами, указанными в статье 518 УПК<sup>52</sup>, если по заключению судебно-психиатрической экспертизы характер и степень тяжести его заболевания не препятствуют этому.*

Существующая судебная практика не в полной мере руководствуется принципами прав человека на равенство в правах и защиту в суде. В ходе мониторинга при изучении личных дел пациентов установлено:

- пациенты не присутствовали на заседании судов по рассмотрению вопроса об их принудительном лечении, а также о продлении их принудительного лечения;
- в решениях судов не указываются сроки лечения, либо указывается формулировка «до полного выздоровления», «по заключению врача», не расписаны правила выписки;
- отсутствует механизм обжалований постановлений судов о помещении на/продлении принудительного лечения. Не имеется практики обжалования решений судов;
- не разработан механизм по обжалованию постановлений судов о помещении лиц на принудительное лечение /продление принудительного лечения, в особенности для лиц, лишенных дееспособности;
- формальное участие адвокатов в рамках бесплатной государственной гарантированной юридической помощи. Адвокаты в основном видят своих подзащитных только на судебном заседании. Такое положение дел приводит к необъективному рассмотрению дел и не позволяет пациентам полноценно реализовать свое право на защиту. Пациенты не информированы о своих правах подачи жалоб и апелляций, а также возможности получения юридической помощи при составлении жалоб, заявлений;
- суды отказывают в переводе на амбулаторное лечение лиц, ранее находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

<sup>52</sup> Статья 522 в новой редакции Уголовно-процессуального кодекса Республики Казахстан от 4 июля 2014 г. №231-V.

Мнение врача об отсутствии социальной опасности со стороны пациента после прохождения лечения и возможности получить дальнейшую помощь в амбулаторном порядке не принимается во внимание судьями. Как правило, судьи обращают внимание на «неотбытый по приговору срок наказания».

Суды в большинстве случаев при рассмотрении представлений медицинских учреждений о прекращении или изменении меры принудительного характера отказывают, ссылаясь на пункт 28 Нормативного постановления Верховного Суда РК от 9 июля 1999 года №8 «О судебной практике по применению принудительных мер медицинского характера», согласно которому *«суды должны обращать особое внимание на случаи, когда лицо, признанное невменяемым, совершило деяние, относящееся к тяжким или особо тяжким преступлениям, на срок его пребывания в медицинской организации и на те изменения в его психике, которые указаны во врачебном заключении. Прекращение применения к таким лицам принудительных мер медицинского характера или их изменение должно быть основано на достоверных обстоятельствах, которые неоспоримо свидетельствуют, что после проведенного лечения либо вследствие изменения психического или физического состояния, лицо перестало быть опасным для самого себя и окружающих».*

Так при изучении личных дел количество решений о продлении принудительного лечения достигало 6-8 единиц. Это означает, что срок принудительного лечения растягивался на 2-3 года. Иногда срок принудительного лечения превышал срок лишения свободы, в случае отбытия наказания в исправительном учреждении. Также по преступлениям средней степени тяжести и тяжким преступлениям предусматривается условно-досрочное освобождение. К сожалению, механизм досрочного освобождения не предусмотрен условиями принудительного лечения.

Нагметжанов К.Б., находящийся в ЦПЗ г. Нур-Султан на принудительном лечении, на основании судебного решения, несмотря на имеющиеся заключения врачей о возможности получения им лечения в амбулаторном порядке, в течение 5 лет остается на принудительной госпитализации. В интересах Нагметжанова К.Б. в суд обращается его мать, также в судебных процессах принимают участие медицинские работники с соответствующим заключением об отсутствии необходимости нахождения Нагметжанова К.Б. на принудительном лечении. Сам Нагметжанов К.Б. не принимал участия в судебных заседаниях, судом вопрос о привлечении его к участию при рассмотрении данного дела не инициировался.

Беседа по данному вопросу с медицинскими работниками, самим пациентом свидетельствует о необходимости тщательного изучения судебными органами данных вопросов с привлечением самих пациентов, учетом их мнений, а также положений ратифицированных Казахстаном основополагающих международных документов в области прав человека, рекомендаций данных государству в рамках договорных органов и специальных процедур ООН, касающихся исключения сегрегации в отношении лиц с ментальными нарушениями здоровья, их интеграции в общество.

В ЦПЗ г. Актау врачи воспрепятствовали конфиденциальной беседе мониторинговой группы с пациентом по имени Болат, который находится на принудительном лечении. Болат не участвовал в суде, не информирован о сроках принудительного лечения, наименовании назначенных лекарственных средств, а также своих правах.

Медико-социальные учреждения часто отказывают в предоставлении специальных социальных услуг лицам, прошедшим принудительное лечение в стационарах интенсивного наблюдения, совершившим общественно опасные деяния, в частности из психиатрической больницы с. Актас Талгарского района Алматинской области. На практике, данная категория лиц застревает в психиатрических больницах более 5-10 лет.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

### **Министерству труда и социальной защиты населения РК, Министерству здравоохранения РК:**

1. Разработать стандарт оказания медицинской помощи в Центрах оказания специальных социальных услуг.
2. Инициировать мультидисциплинарную проверку детских и взрослых Центров оказания специальных социальных услуг на предмет оказания качественной медицинской помощи получателям услуг.

### **Министерству юстиции РК совместно с Министерством здравоохранения РК:**

1. Разработать механизм по обжалованию постановлений суда о помещении лиц на принудительное лечение/продление принудительного лечения.
2. Принять закон о психиатрической помощи,<sup>53</sup> регулирующий вопросы принудительной госпитализации недееспособных лиц, оспаривание в судебном порядке законность их госпитализации.
3. Разработать подробное руководство по методике проведения экспертной оценки дееспособности, предусмотренной в статье 283 Гражданского процессуального кодекса РК. Такое руководство должно обеспечить включение следующих критериев в экспертную оценку дееспособности:
  - виды и степень психического состояния человека, определяющие способность человека принимать самостоятельные решения и реализовать свои права в различных конкретных сферах жизни;
  - причинно-следственные связи между психическим расстройством лица и установленными ограничениями касательно их способности принимать решения: это необходимо для разделения случаев социального невнимания и недостаточного образования;
  - предполагаемое время, в течение которого гражданин не располагал функциональной дееспособностью, и перспективы улучшения;
  - наличие и эффективность других форм формальной или неформальной поддержки, которые не влекут за собой ограничения дееспособности.

### **Верховному Суду РК:**

1. Совершенствовать судебную практику по рассмотрению дел, касающихся прав лиц с ментальными нарушениями здоровья с учетом состояния их здоровья, личного мнения, возможности амбулаторного наблюдения.
2. Обязать суды указывать в своих постановлениях сроки принудительной госпитализации и порядок выписки пациентов, поступающих в психиатрические учреждения.
3. Не допускать необоснованного продления срока принудительного помещения в психиатрические стационары.

### **Рекомендации для местных исполнительных органов:**

1. Разработать правила помещения лиц в кризисные комнаты во взрослых Центрах оказания специальных социальных услуг. Рассмотреть возможность полной ликвидации подобных закрытых комнат длительной изоляции.

<sup>53</sup> Закон РК «О психиатрической помощи» утратил силу с принятием Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.

2. Принимать эффективные меры по снижению количества госпитализаций получателей услуг в медицинские психиатрические учреждения.
3. Проводить работу с многопрофильными медицинскими учреждениями по снижению стигмы и дискриминации в отношении лиц с психическими заболеваниями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

Когда мы говорим о защите прав лиц с ментальными нарушениями здоровья, следует понимать, что их уязвимость не является результатом ограниченных возможностей, а возникает вследствие несовершенства окружающего мира. В частности, пробелы в законодательстве и правоприменительной практике, институциональная неразвитость, неадаптированность общественных пространств, транспортной инфраструктуры, дискриминация и стигматизация в обществе приводят к беспомощности людей с психическими расстройствами.

В рамках данного исследования автором и сотрудниками офиса Уполномоченного по правам человека в Республике Казахстан был выявлен целый ряд подобных несовершенств в системе государственных медицинских и социальных учреждений, предоставляющих услуги лицам с ментальными нарушениями здоровья.

Решение проблемных вопросов, изложенных в настоящем докладе, не терпит отлагательств.

Прежде всего, уполномоченным органам и заинтересованным лицам следует окончательно определить направление деятельности медико-социальных учреждений, в частности их отнесение к медицинским или социальным учреждениям; правомерность психиатрического лечения в социальном учреждении; целесообразность передачи лечения и реабилитации в ведение медицинских психиатрических организаций. Если в ЦОССУ люди круглосуточно получают медицинскую помощь и в штате учреждения имеются врачи-психиатры, по какой причине возникает необходимость регулярной госпитализации в психиатрический стационар?

До настоящего момента, отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи в условиях социального учреждения, методические рекомендации к составлению индивидуальных планов работы с усложненными пациентами. Кроме того, дети, находящиеся в ЦОССУ не охвачены основным общим образованием. Министерством образования и науки РК не разработаны специальные учебные образовательные программы для детей с тяжелой, глубокой умственной отсталостью.

Учитывая немногочисленность детей-сирот в детских ЦОССУ (от 5 до 10 %), необходимо, основываясь на принципе наилучших интересов ребенка, принимать решительные меры по возвращению детей с особыми потребностями в семьи, проводить просветительские и иные комплексные мероприятия по снижению отказов от детей с патологиями среди родителей.

Результаты проведенного анализа и наблюдений однозначно свидетельствуют о необходимости полного запрета использования в детских учреждениях сильнодействующих психотропных инъекционных препаратов, как аминазин 2,5 %.

Критически важно отказаться от пагубной практики лишения дееспособности детей, достигших 18 летнего возраста при переводе во взрослые учреждения.

Следует также отменить практику назначения директора социального учреждения опекуном, единолично принимающим решения за 500-700 людей, одновременно предоставляя этим людям специальные социальные услуги. В данном контексте необходима также выработка строгих критериев к квалификации руководителя социального учреждения, которые исключали бы медицинский подход при работе с усложненными пациентами, как этого требует Конвенция ООН о правах людей с инвалидностью.

Одним из значимых выводов проекта является установление закономерного улучшения психического состояния лиц с ментальными нарушениями при смене условий проживания и переводе из ЦОССУ в Дома малой вместимости, что подтверждается качественными и количественными показателями. Поэтому так важно активно развивать и расширять доступность дневных реабилитационных центров и домов сопровождаемого проживания для лиц с ментальными нарушениями старше 18 лет во всех регионах страны.

Необходимость решения обозначенных системных проблем в данной сфере продиктована не только соображениями гуманности, но также очевидными экономическими и социальными выгодами, которые заключаются, прежде всего, в инклюзивном экономическом развитии, всеобщем благополучии, формировании ощущения комфортности и социальной защищённости у граждан.

Изменяя мир для более уязвимых и незащищённых социальных групп населения, мы делаем его лучше для всех членов общества и каждого по отдельности.

В завершении выражаем благодарность центральным и местным уполномоченным органам за сотрудничество и обеспечение доступа в государственные медицинские и социальные учреждения, к документации и иным материалам, послужившим плодотворной почвой для написания данного доклада.

**СПИСОК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, В КОТОРЫХ  
СОДЕРЖАТСЯ ЛИЦА С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
<b>Акмолинская область</b>		
1	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг поселка Жолымбет, Шортандинского района» Управления координации занятости и социальных программ Акмолинской области.	Акмолинская область, п. Жолымбет, ул. Глинина 1
2	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг село Купчановка, Буландынский район» Управления координации занятости и социальных программ Акмолинской области	Акмолинская область, с. Купчановка, ул. Школьная 1
3	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг п.Шантобе г. Степногорск» Управления координации занятости и социальных программ Акмолинской области	Акмолинская область, г. Степногорск, п. Шантобе
4	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг село Первомайка, Астраханский район» Управления координации занятости и социальных программ Акмолинской области	Акмолинская область Астраханский район, с. Первомайка, улица Мира 31 «А»
5	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг город Кокшетау» Управления координации занятости и социальных программ Акмолинской области	Акмолинская область город Кокшетау, ул. Акана серы 172
<b>Актюбинская область</b>		
6	КГУ «Центр социального обслуживания №2» государственного учреждения «Управление координации занятости и социальных программ Актюбинской области»	Актюбинская область, г. Актобе, с. Жанаконыс, здание 383
7	Товарищество с ограниченной ответственностью «Реабилитационный стационар для детей с ограниченными возможностями «Жайна»	Актюбинская область, г. Актобе, ул. Монкеби 94 «А»
<b>Алматинская область</b>		
8	КГУ «Есикский центр оказания специальных социальных услуг «Аманат» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Есик, ул. Орымбетова 214
9	КГУ «Жаркентский центр оказания специальных социальных услуг «Мейірім» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Жаркент, ул. Головацкого 2
10	КГУ «Талгарский центр оказания специальных социальных услуг «Ақ ниет» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Талгар, ул. Сатпаева 4
11	КГУ «Сарканский центр оказания специальных социальных услуг «Нұр» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Саркан, ул. Абая 38
12	КГУ «Алакольский центр оказания специальных социальных услуг «Шуак» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, Алакольский район, с. Кабанбай, ул. Наурызбай батыра, здание 18

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
13	КГУ «Когалинский центр оказания специальных социальных услуг» государственного учреждения «Управление координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, с. Когалы, ул. Шакарима 5
14	КГУ «Талгарский центр оказания специальных социальных услуг «Аяла» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Талгар, ул. Латиф хамиди 38
15	КГУ «Талдыкорганский центр оказания специальных социальных услуг «Қамқор» государственного учреждения «Управления координации занятости и социальных программ Алматинской области»	Алматинская область, г. Талдыкорган, ул. Балпык би 285 «а»,
<b>Атырауская область</b>		
16	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №1» Управления координации занятости и социальных программ Атырауской области»	Атырауская область, с. Сарайшык, ул. Шакиликов ескендир 38
17	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №3» Управления координации занятости и социальных программ Атырауской области	Атырауская область, г. Атырау, район лесхоза, ул. Т. Алиев, здание 8а
<b>Восточно-Казахстанская область</b>		
18	КГУ «Риддерский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Восточно-Казахстанской области	Восточно-Казахстанская область, г. Риддер, ул. Перспективная 3
19	КГУ «Зимовьевский Центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Восточно-Казахстанской области»	Восточно-Казахстанская область, Глубоковский район, с. Зимовье 93
20	КГУ «Семейский центр оказания специальных социальных услуг №1» Управления координации занятости и социальных программ Восточно-Казахстанской области»	Восточно-Казахстанская область, г. Семей, ул. Папанина, 36
21	КГУ «Бозанбайский Центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ	Восточно-Казахстанская область, Уланский район, с. Бозанбай, ул. С. Муканова 1
22	КГУ «Аягозский детский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ ВКО	Восточно-Казахстанская область, г. Аягоз, ул. Самен Сайдаш Жолдасовых 34
23	КГУ «Усть-Каменогорский детский Центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Восточно-Казахстанской области	Восточно-Казахстанская область, г. Усть-Каменогорск, ул. Л.Толстого 18
24	КГУ «Урджарский детский Центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ ВКО	Восточно-Казахстанская область, Урджарский район с. Акжар, пр. Аблайхана 1

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
<b>Жамбылская область</b>		
25	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №5» Управления координации занятости и социальных программ акимата Жамбылской области	Жамбылская область, г. Тараз, ул. Аскарлова 277 Б
26	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг № 4» Управления координации занятости и социальных программ акимата Жамбылской области	Жамбылская область, г. Тараз, ул. Богдана Хмельницкого 1Б
<b>Западно - Казахстанская область</b>		
27	КГУ «Уральский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, г. Уральск, ул. Сады 28
28	КГУ «Круглоозерновский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, г. Уральск, п. Круглоозерный, ул. Ж. Ташенова 87
29	КГУ «Аксайский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области	Западно-Казахстанская область, Бурлинский район, г. Аксай, ул. Дружба народов 1А
30	КГУ «Акжайикский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, Акжайикский район, с. Чапаево, ул. О.Исаева 115
31	КГУ «Казталовский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, Казталовский район, с. Казталовка, ул. Имашева 20
32	КГУ «Дарьинский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, Байтерекский район, п. Дарьян, ул. Айтиева 33
33	КГУ «Кушумский центр оказания специальных социальных услуг Управления координации занятости и социальных программ Западно-Казахстанской области»	Западно-Казахстанская область, Зеленовский район, п. Кушум, ул. Романтеева 11
<b>Карагандинская область</b>		
34	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение №1 города Караганды Карагандинской области» Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	Карагандинская область, г. Караганда, Октябрьский район, ул. Актюбинская 8
35	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение №2 города Караганды Карагандинской области» Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	Карагандинская область, г. Караганда, Октябрьский район, ул. Кооперации 43
36	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение Абайского района Карагандинско области»	Карагандинская обл., Абайский район, г. Абай, ул. Промышленная стр. 77/1
37	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение города Сарани Карагандинской области» Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	Карагандинская область, г.Сарань, мкр. 2, дом 28/1

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
38	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение Каркаралинского района Карагандинской области» Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	Карагандинская область, Каркаралинский район, г. Каркаралинск, поселение «Линда»
39	КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение для детей Карагандинский области» Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	Карагандинская область, г.Караганда, Октябрьский район, ул.Р.Люксембург 1А
<b>Костанайская область</b>		
40	КГУ «Аркалыкский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, г. Аркалык, ул. Мауленова, 35,
41	КГУ «Костанайский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, г. Костанай, ул. Волынова, 1,
42	КГУ «Пешковский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, Федоровский р-н, с. Пешковка, ул. Ленина, 5, ч
43	КГУ «Рудненский центр оказания специальных социальных услуг №2» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, г. Рудный, ул. Ленина, 58,
44	КГУ «Рудненский центр оказания специальных социальных услуг №3» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, г. Рудный, ул. Парковая, 30,
45	КГУ «Костанайский детский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Костанайской области	Костанайская область, г. Костанай, ул. Красносельская, 20,
<b>Кызылординская область</b>		
46	КГУ «Казалинский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Кызылординской области	Кызылординская область, г. Казалы, ул. Булакбаева, 33
47	КГУ «Кызылординский центр оказания специальных социальных услуг №2» Управления координации занятости и социальных программ акимата Кызылординской области	Кызылординская область, г. Кызылорда, с. Талсуат, ул. 6/3 А
48	КГУ «Детский центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ акимата Кызылординской области	Кызылординская область, с. Талсуат, ул. 6/3Б
<b>Мангистауская область</b>		
49	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №1» Управление координации занятости и социальных программ Мангистауской области»	Мангистауская область, г. Актау, п. Приозерный,
50	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №5» Управления координации занятости и социальных программ Мангистауской области»	Мангистауская область, Бейнеуский район, с. Бейнеу

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
51	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №3» Управления координации занятости и социальных программ Мангистауской области»	Мангистауская область, г. Актау, микрорайон 1 «А», дом 5
<b>Павлодарская область</b>		
52	КГУ «Шалдайский психоневрологический Центр оказания специальных социальных услуг « Управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области	Павлодарская область, Щербактинский район, с. Шалдай, ул. Абсаликова 50
53	КГУ «Областной психоневрологический центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области	Павлодарская область, Павлодарский район, п. Мичурино, ул. Октябрьская
54	Филиал КГУ «Шалдайский психоневрологический Центр оказания специальных социальных услуг «	Павлодарская обл., Успенский район, с. Константиновка, ул. Ленина, 77
55	КГУ «Областной детский психоневрологический центр оказания специальных социальных услуг» Управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области	Павлодарская область, г. Павлодар, ул. Толстого 143/1
<b>Северо-Казахстанская область</b>		
56	КГУ «Айыртауский центр социального обслуживания» акимата Северо-Казахстанской области Управления координации занятости и социальных программ акимата Северо-Казахстанской области»	Северо-Казахстанская область, Айыртауский район, с. Саумалколь
57	КГУ «Петропавловский центр социального обслуживания» акимата Северо-Казахстанской области Управления координации занятости и социальных программ акимата Северо-Казахстанской области	Северо-Казахстанская область, г. Петропавловск, ул. Жалела Кизатова 1
58	КГУ «Тайыншинский центр социального обслуживания» акимата Северо-Казахстанской области Управления координации занятости и социальных программ акимата Северо-Казахстанской области	Северо-Казахстанская область, Тайыншинский район, г. Тайынша, ул. 50 лет Октября 90
59	КГУ «Пресновский центр социального обслуживания» акимата Северо-Казахстанской области Управления координации занятости и социальных программ акимата Северо-Казахстанской области»	Северо-Казахстанская область, Жамбылский район, с. Пресновка, пер. Дорожный 24
60	КГУ «Петропавловский детский центр социального обслуживания» акимата Северо-Казахстанской области Управления координации занятости и социальных программ акимата Северо-Казахстанской области	Северо-Казахстанская область, г. Петропавловск, ул. Г. Мусрепова 28
<b>Туркестанская область</b>		
61	КГУ «Коксаекский центр оказания специальных социальных услуг №3» Управления координации занятости и социальных программ Туркестанской области»	Туркестанская область, Тoleбийский р/н, с. Коксайек, ул. Тoleби, 475
62	КГУ «Туркестанский центр оказания специальных социальных услуг №4» Управления координации занятости и социальных программ Туркестанской области»	Туркестанская область, г. Туркестан, ул. Казыбек би, 198

№ П/П	НАИМЕНОВАНИЕ МСУ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
<i>г. Алматы</i>		
63	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №1» Управления социального благосостояния города Алматы	г. Алматы, ул. Абиш Кекилбайұлы, 121
64	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №2» Управления социального благосостояния города Алматы	г. Алматы, ул. Лебедева 31
<i>г. Нур-Султан</i>		
65	КГУ «Центр социального обслуживания «Қамқор» акимата города Нур-Султан	Акмолинская область, Аккольский район, с. Сосновый бор
66	КГУ «Центр социального обслуживания «Нұрлы жүрек» акимата города Нур-Султан	г. Нур-Султан, ул.И.Жансугирова, 12/5
<i>г. Шымкент</i>		
67	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №1» управление занятости и социальной защиты г.Шымкент	г. Шымкент, ул. Г.Алибекова 172
68	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг №2» управление занятости и социальной защиты г.Шымкент	г. Шымкент, пр.Абая 33
69	КГУ «Детский центр оказания специальных социальных услуг №6» управление занятости и социальной защиты г.Шымкент	г. Шымкент, ул. Алпысбаева 125б



