



PSICHIKOS  
SVEIKATOS  
PERSPEKTYVOS



ОФИС  
ПО ПРАВАМ ЛЮДЕЙ  
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Оценка готовности оказания услуг  
людям с интеллектуальными и/или  
психическими нарушениями на уровне  
местных сообществ в Беларуси

Вильнюс, Литва  
2016 г.

## Содержание

Основные определения и сокращения	3
Вступление	4
Картирование инфраструктуры поставщиков социальных и лечебных услуг в стационарных заведениях и по месту жительства	6
Помощь людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями в закрытых учреждениях	36
Основные факторы оказания услуг людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями на уровне местных сообществ	49
Основные бреши в оказании услуг на уровне местных сообществ	59
Рекомендации по деинституализации и развитию услуг на уровне местных сообществ людям с интеллектуальными и /или психическими расстройствами	65
Пример деинституализации в Кобринском районе Брестской области	66
Summary	71
Ссылки	72

*Это издание осуществлено при поддержке Европейского Союза. За содержание этого издания несёт полную ответственность НПО «Перспективы психического здоровья» (VŠĮ "Psichikos sveikatos perspektyvos", [www.perspektyvos.org](http://www.perspektyvos.org)), и оно никоим образом не может отражать взгляды Европейского Союза.*



## Основные определения и сокращения

ВКК	Врачебно-консультационная комиссия
ГСЗ	Государственный социальный заказ
Интернат или стационарное учреждение социального обслуживания	Государственное учреждение социального обслуживания, деятельность которого осуществляется в форме стационарного социального обслуживания и направлена на организацию и оказание социальных услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, которым в соответствии с законодательством специальные жилые помещения государственного жилищного фонда предоставляются в доме-интернате для постоянного или временного, в том числе краткосрочного, проживания (правовая норма)
Некоммерческая организация (НКО)	Юридическое лицо, которое не имеет основной целью извлечение прибыли и не распределяет полученную прибыль между участниками. Создается для удовлетворения нематериальных потребностей граждан и юридических лиц, а именно: достижения социальных, природоохранных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, защиты прав, законных интересов граждан, а также в иных целях, направленных на достижение общественных благ.
ОПРФ	Особенности психофизического развития
ОШ	Общеобразовательная школа
ПКПП	Пункт коррекционно-педагогической помощи
Психиатрическая (психоневрологическая) организация здравоохранения	Организация здравоохранения, основной целью деятельности которой являются организация и оказание психиатрической помощи (правовая норма)
Психиатрический стационар	Государственная психиатрическая организация, иная государственная организация здравоохранения, оказывающие в порядке, установленном законодательством, психиатрическую помощь в стационарных условиях (правовая норма)
РНПЦ	Республиканский научно-практический центр
Скорая (неотложная) психиатрическая помощь	Форма оказания психиатрической помощи пациенту при внезапном возникновении и (или) обострении у него психического расстройства (заболевания), которое требует срочного (неотложного) медицинского вмешательства и может привести к совершению им действий, угрожающих его жизни и (или) здоровью, жизни и (или) здоровью иных лиц (правовая норма)
Территориальный центр социального обслуживания населения ТЦСОН	Государственное учреждение социального обслуживания, деятельность которого направлена на организацию комплексного социального обслуживания граждан (семей), находящихся в трудной жизненной ситуации
УДО	Учреждения дошкольного образования
Услуги на уровне местных сообществ	Набор различных услуг по месту жительства, которые обеспечивают возможность самостоятельного проживания
Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР)	Специальное учреждение образования, которое обеспечивает создание комплексной системы оказания психолого-медико-педагогической помощи лицам с особенностями психофизического развития, получение образования лицами с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, осуществляет диагностическую, педагогическую, коррекционно-развивающую, социально-психологическую, методическую, консультативную и информационно-аналитическую деятельность

## *Вступление*

Анализ готовности оказания услуг людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями на уровне местных сообществ в Беларуси произведен в рамках проекта «Деинституализация как возможность поощрять права человека применительно к людям с инвалидностью из-за интеллектуальных и/или психических нарушений в Европе» как деятельность № 2.2. Проект финансируется Европейским союзом (Ref. No. NEAR-TS/2015/365-188). Проект реализует НКО Перспективы психического здоровья (Литва) в сотрудничестве с Офисом по правам людей с инвалидностью (Беларусь).

28 сентября 2015 года Республика Беларусь подписала Конвенцию о правах инвалидов, принятую Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 года, а 18 октября 2016 года был принят Закон «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Реализация статьи Конвенции №19 о праве людей с инвалидностью на самостоятельный образ жизни не является легко и быстро решаемой задачей. В частности, она подразумевает развитие системы услуг на уровне местных сообществ для людей с психическими и/или интеллектуальными нарушениями, которые в настоящее время подвергаются сегрегации и вынуждены проживать в закрытых учреждениях.

Адвокатирование процесса деинституализации требует аргументированных и соответствующих местным реалиям подходов. В частности, следует оценить, какова степень готовности реконфигурации и развития систем оказания услуг людям с психическими и/или интеллектуальными нарушениями,

Цель данного исследования - оценки готовности оказания услуг людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями на уровне местных сообществ в Беларуси - состоит в объективном и рациональном анализе сильных и слабых сторон существующего обслуживания по месту жительства людей с психическими и/или интеллектуальными нарушениями, факторов и ресурсов, связанных с деинституализацией и перспективами развития услуг на уровне местных сообществ. Исследование проведено в сентябре-ноябре 2016 г. в Беларуси (Минск) и Литве (Вильнюс).

## Методы

Работа с вторичными данными: сбор и анализ правовой документации, публикаций и статистической информации.

Сбор первичных данных: определение и анализ списка основных заинтересованных участников (совместно с местными экспертами при подготовке и проведении структурированной дискуссии 25 октября 2016 г.), составление дерева проблем (совместно с местными экспертами во время структурированной дискуссии 25 октября 2016 г.), интервью с экспертами, письменный опрос НКО.

Анализ полученной информации: анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз, анализ сети, описательная статистика, анализ брешей.

## Ограничения

Объект анализа. Анализ сфокусирован на негосударственных некоммерческих организациях. Кроме того, к объекту НКО отнесены общественные объединения, фонды и учреждения. Законодательство относит к некоммерческим организациям также потребительские кооперативы, религиозные организации, республиканские государственно-общественные объединения, а также ассоциации и союзы, которые не рассматривались ввиду несоответствия их целей деятельности интересующей нас проблематике.

Доступность информации. Местные научные разработки, даже значительная часть юридической документации являются труднодоступными, статистические данные по многим вопросам, включая исполнение плановых документов, отсутствуют.

Принимая во внимание низкий приоритет проблематики людей с интеллектуальными и/или психическими нарушениями даже в контексте рассмотрения проблем людей с инвалидностью, в наличии мало аналитических, даже обзорных, материалов.

Относительная слабость НКО сектора. Диалог с НКО требует много времени, в рамках краткосрочного исследования, организации порой ссылаясь на недостаток времени, не находят возможности поделиться своим опытом и взглядами на актуальные вопросы.

Авторы: Любовь Мураускене (общее руководство и ответственность), Татьяна Анушкевич (подготовка правовой части анализа) и Светлана Гатальская (организация опроса НКО)

## *Картирование инфраструктуры поставщиков социальных и лечебных услуг в стационарных заведениях и по месту жительства*

### Лечебные услуги

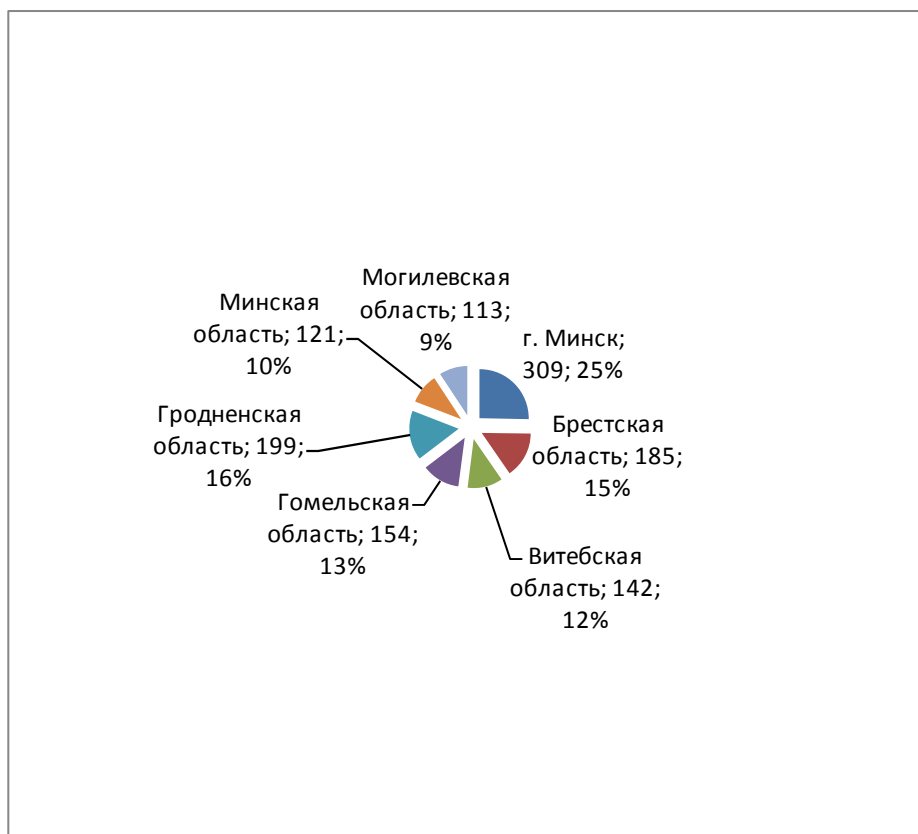
#### *Психиатрическая помощь относится к специализированной медицинской помощи*

Психиатрическая помощь определена законом как специализированная медицинская помощь, в том числе психотерапевтическая, психоневрологическая, наркологическая, сексологическая, включающая в себя профилактику, диагностику, лечение психических расстройств (заболеваний) и медицинскую реабилитацию пациентов.<sup>1</sup>

По данным Министерства здравоохранения, общее число врачей-психиатров в стране – 1651. Выполняет врачебную работу 1221 психиатр–нарколог и 285 психотерапевт

Распределение врачей психиатров-наркологов по регионам в 2015 г. показывает, что, принимая во внимание численность населения, относительный недостаток этих врачей наблюдается в Могилевской и Витебской областях (доля населения 11 проц. и 13 проц. соответственно); а также в Минской области, где проживает 15 проц. населения, что, впрочем, характерно для окружающего столицу региона, когда в Минске, в котором живет одна пятая всего населения), сосредоточена четверть всех врачей.

Рис. 1. Распределение врачей-психиатров по регионам в 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения

Работники здравоохранения, к которым обращаются пациенты с психическими или поведенческими расстройствами, в оказании помощи руководствуются **Клиническим протоколом**, утвержденным в 2011 г., в котором каждой группе и форме психических расстройств указаны:

- общая характеристика и этапы лечебно-диагностических мероприятий;
- условия оказания медицинской помощи (в амбулаторных или стационарных условиях, в том числе в условиях отделения дневного пребывания);
- продолжительность оказания медицинской помощи в данных условиях;
- объем диагностических мероприятий – обязательных и дополнительных;
- лечение: фармакотерапия (лекарственные средства, дозы, схемы, алгоритмы, возможные трудности в лечении), психотерапия, реабилитационные и другие мероприятия, а также правовые ситуации, которые могут возникать в процессе оказания психиатрической помощи;

- ожидаемые результаты.<sup>2</sup>

Амбулаторная помощь оказывается в 151 специализированном психиатрическом (при центральных районных больницах, 129 — для взрослых, 22 — для детей), 108 психотерапевтических и 146 наркологических отделениях (кабинетах). В крупных общесоматических стационарах также создан 31 кабинет врачей-консультантов, 28 кабинетов психотерапевтов, в поликлиниках работает 101 кабинет психологической помощи.

Также в стране действуют 12 психоневрологических диспансеров, в пяти из которых оказываются и стационарные услуги.

***В предоставлении амбулаторной помощи основной акцент делается на регулярные осмотры врачом-специалистом.***

Помимо предоставления консультаций, установлены правила диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи путем регулярных осмотров пациента, направленных на оказание ему необходимой психиатрической помощи:

Группа пациентов	Состав группы	Регулярность осмотров врачом-специалистом	Замечания
Первая	выписанные из психиатрического стационара: с временной утратой трудоспособности (способности к обучению) вследствие психического расстройства (заболевания) и нуждающиеся в активной терапии; с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в активной терапии и интенсивном наблюдении врача-специалиста; с обострениями психического расстройства (заболевания),	в течение 3–5 рабочих дней до достижения адекватного перевода во вторую группу.	По выписке из стационара в течение 3–5 рабочих дней в течение четырех недель с последующим повторным осмотром через 5–14 рабочих дней. Пациенты, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями) с частыми (два и более раза в год) выраженными обострениями состояния их психического здоровья, частыми (два и



	<p>нуждающиеся в оказании плановой медицинской помощи;</p> <p>с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в оказании плановой медицинской помощи в стационарных условиях.</p>		<p>более раз в год) поступлениями в психиатрический стационар, нуждающиеся в активной терапии и интенсивном диспансерном наблюдении, осматриваются врачом-специалистом с периодичностью не менее одного раза в 14 рабочих дней.</p>
Вторая группа	<p>переведенные из первой группы диспансерного наблюдения при достижении стабилизации состояния психического здоровья, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста и проведении активной терапии;</p> <p>переведенные из третьей, четвертой и пятой групп, нуждающиеся в наблюдении врача-специалиста и проведении активной терапии;</p> <p>нуждающиеся в оказании психиатрической помощи в амбулаторных условиях;</p> <p>совершавшие общественно опасные деяния, так и имеющие вследствие психического расстройства (заболевания) потенциальную возможность их совершения;</p> <p>совершавшие суицидальные попытки, так и имеющие вследствие психического расстройства (заболевания) потенциальную возможность совершения суицида.</p>	<p>не реже одного раза в месяц продолжительностью не менее одного года.</p>	
Третья группа	<p>из числа работающих (обучающихся) с улучшением состояния психического здоровья и его стабилизацией, не нуждающихся в активной терапии;</p>	<p>не реже одного раза в два месяца.</p>	

	<p>со стабилизирующимся состоянием психического здоровья, в том числе терапевтическими и спонтанными ремиссиями, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста, получающие поддерживающую терапию и в отношении которых планируется и (или) проводится медицинская реабилитация;</p> <p>со стабилизирующимся состоянием психического здоровья, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста, отказывающиеся от поддерживающей терапии и проведения медицинской реабилитации.</p>		
Четвертая группа	<p>находящиеся в состоянии ремиссии и имеющие инвалидность;</p> <p>в возрасте до восемнадцати лет – страдающие умственной отсталостью, социально адаптированные, но нуждающиеся в решении социальных вопросов (дальнейшее обучение, профессиональная пригодность и другое); страдающие компенсированными поведенческими расстройствами, не психотическими формами психических расстройств (заболеваний).</p>	не реже одного раза в шесть месяцев	
Пятая группа	<p>находящиеся в состоянии терапевтических и спонтанных ремиссий, с хорошей социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в ежегодном осмотре врачом-специалистом для уточнения уровня и стабильности достигнутой ремиссии и степени социально-трудовой адаптации;</p> <p>признанные в установленном законодательством Республики Беларусь порядке недееспособными,</p>	не реже одного раза в год.	<p>Состав пациентов пятой группы диспансерного наблюдения ежегодно пересматривается ВКК с целью определения пациентов, не нуждающихся в диспансерном наблюдении, прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным стойким</p>

	<p>нуждающиеся в ежегодном осмотре врачом-специалистом для уточнения состояния их психического здоровья, степени социально-трудовой адаптации и социального функционирования;</p> <p>нуждающиеся по состоянию психического здоровья (деменция, тяжелая умственная отсталость и другое) в ежегодном осмотре врачом-специалистом и посещении социальным работником или медицинской сестрой, а также в необходимом уходе.</p>		улучшением состояния их психического здоровья.
Шестая группа	<p>пациенты, находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре, в том числе в отношении которых вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре с обычным, усиленным или строгим наблюдением.</p>		<p>в конце календарного года из психиатрического стационара в организацию здравоохранения, которая осуществляет диспансерное наблюдение за ними, направляется информация о подтверждении пребывания или дате предполагаемой выписки.</p>

Диспансерное наблюдение прекращается на основании заключения ВКК в случае выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния психического здоровья пациента.<sup>3</sup>

***На диспансерном учете в основном состоят лица с болезнями зависимости, в первую очередь от алкоголя.***

В структуре диспансерного учета преобладают алкоголизм и алкогольные психозы (61 проц.), а психические расстройства составляют 35 проц.

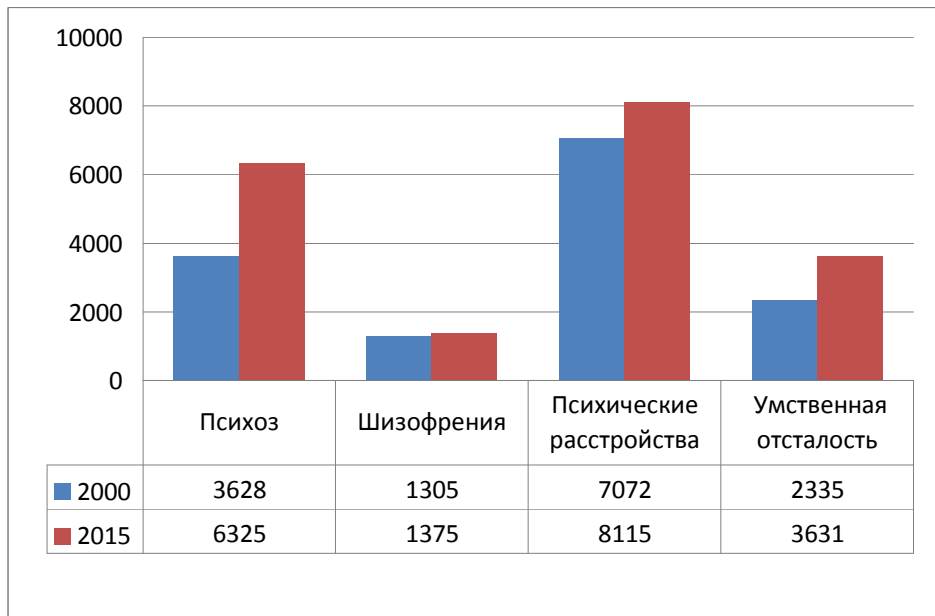
Таблица 1. Диспансерный и консультативный учет по регионам в 2015 г.

	Диспансерный учет							Консультативный учет
	Психические расстройства, алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания	В том числе психические расстройства (проц.)	Психоз	Шизофрения	Психические расстройства не психотического характера	Умственная отсталость	Всего	
Республика Беларусь	303706	35	6343	1375	8115	2738	18571	194480
Брестская область	42992	36	682	110	1792	319	2903	20878
Витебская область	36818	35	671	185	759	268	1883	23662
Гомельская область	51425	38	679	156	1631	901	3367	29970
Гродненская область	40383	29	427	90	778	259	1554	26359
г. Минск	50342	40	2314	214	1452	245	4225	25887
Минская область	42043	29	506	130	670	395	1701	40526
Могилевская область	39703	40	1064	490	1033	351	2938	21204

Источник: Министерство здравоохранения

**Наблюдается значительный рост диспансеризованных пациентов с психическими расстройствами, особенно с психозами и умственной отсталостью.** Число пациентов с психическими расстройствами, подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в организациях Минздрава Республики Беларусь в 2000-2015 выросло на 39 проц. и составило 18 071 человек или 190,4 пациента на 100 тыс. населения. За 15 лет особо возросло число психозов (прирост 74 проц.) и случаев умственной отсталости (прирост 55 проц.).

Рис. 2. Число пациентов с психическими расстройствами, подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в 2000 г. и 2015 г.

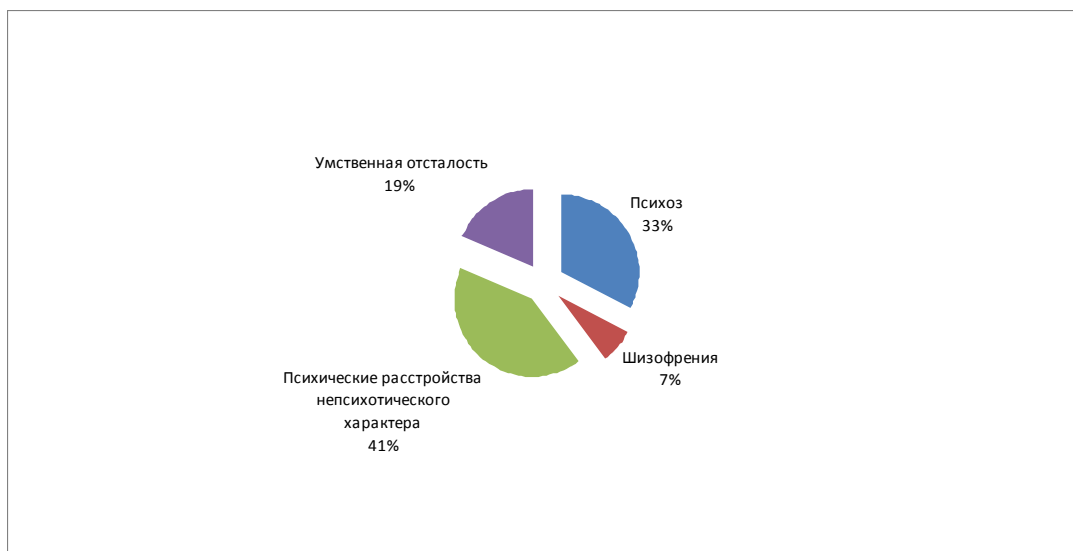


Источник: Министерство здравоохранения

**В общей структуре диспансеризованных случаев (без болезней зависимости) преобладают психические расстройства не психотического характера и психозы.**

Как видно на рис. 3 в 2015 г. в структуре диспансеризованных пациентов преобладали психические расстройства не психотического характера (44 проц.) и психозы (31 проц.).

Рис. 3. Структура диспансеризации по группам заболеваний (без болезней зависимости) в 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения

По областям наибольшая численность лиц, состоящих на диспансерном учете, в конце 2015 г. жила в Гомельской области (почти 51.5 тысяч человек). Также в Могилевской и Гродненской областях зарегистрировано относительно больше лиц, состоящих на диспансерном учете. А в Минской области при значительно большем числе получавших консультации лиц, заметно меньшее, чем в других областях, число наблюдаемых в диспансере пациентов. Зато наблюдаемых в диспансере пациентов существенно больше в Минске.

По данным, опубликованным в 2013 г. в стране есть **1257 мест в дневных стационарах и небольших клиниках**, предназначенных для оказания психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи **во всех центральных районных поликлиниках и городских больницах**.<sup>4</sup>

«Есть приказ Министерства здравоохранения, который требует наличия психотерапевта в каждой поликлинике, которая обслуживает 30 тысяч и больше пациентов, и в поликлиниках райцентров. Но и те психотерапевты, которые имеются, не особенно востребованы. Не верят у нас, что психическое здоровье важно для населения. Заботиться не принято. Люди не понимают пользу личных психиатров, психотерапевтов», по мнению директора РНПЦ психического здоровья, высказанному в 2013 г.»<sup>5</sup>

В Минске также действует городской клинический психиатрический диспансер - Центр пограничных состояний.

В стране действуют бригады **специализированной психиатрической помощи**, которые принимают решение и доставляют в психиатрический стационар<sup>6</sup>. В 2010 г. утвержден Клинический протокол оказания скорой (неотложной) помощи.<sup>7</sup> В числе утвержденных в 2011 г. Министерством здравоохранения клинических алгоритмов оказания неотложной помощи есть несколько алгоритмов, относящихся к острым психическим расстройствам.<sup>8</sup>

В Беларуси за координацию оказания психиатрической помощи отвечает Республиканский научно-практический центр психического здоровья (в 2013 г. - 1782 койки, причем на долю психиатрических из них приходится 1460 коек, наркологических – 310, а реанимационных – 12; 1700 работников). Кроме Республиканского научно-практического центра психического здоровья сеть стационарного лечения представляют одна психиатрическая лечебница республиканского уровня (Республиканской психиатрической больнице «Гайтюнишки», в которой, в частности, производится принудительное лечение, 300 коек), 12 больниц в

регионах, 5 из 12 психоневрологических диспансеров (с общим объемом коечного фонда в 340 коек); 2 центра оказания психиатрической и наркологической помощи областного уровня (один из которых обладает коечным фондом в 210 коек); 5 психоневрологических отделений (290 коек, включая 40 детских).

Основные черты региональной системы психиатрической помощи можно иллюстрировать примером службы психиатрической помощи Брестской области, где отмечены основные поставщики психиатрической помощи, абсолютное и относительное количество больничных коек.

Рис. 4 Структура психиатрической службы Брестской области

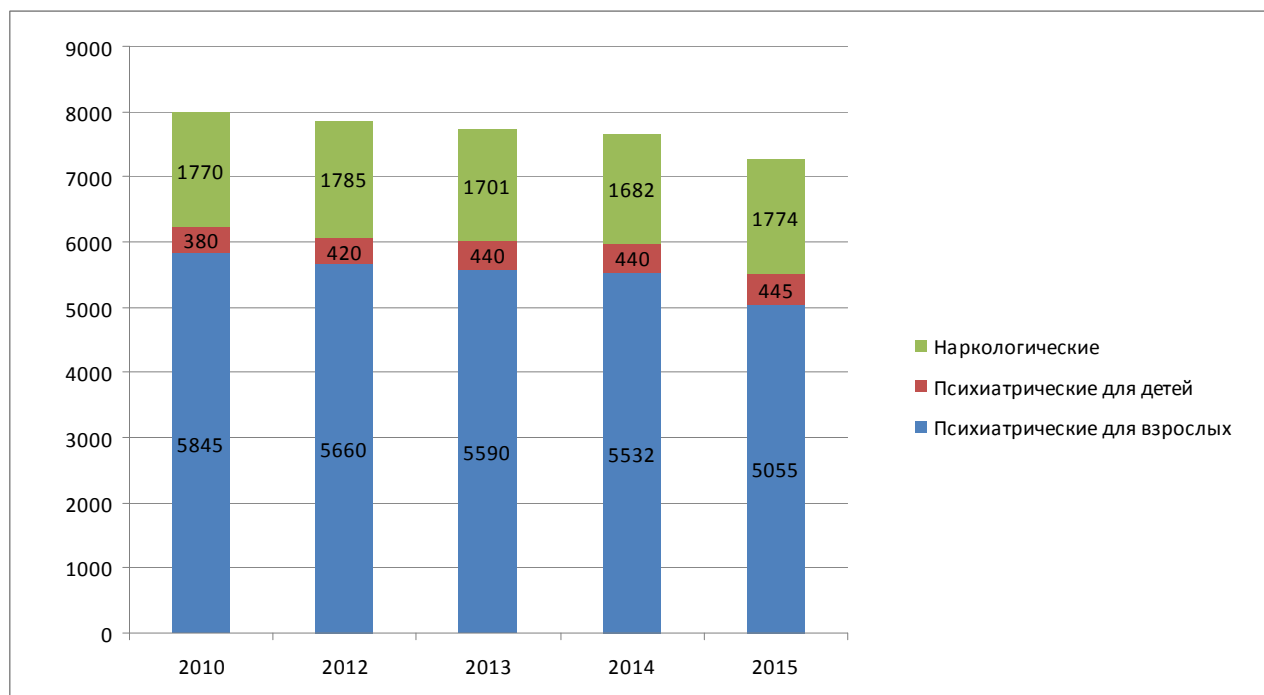


Источник: <http://www.psihiatria-brest.org>

В 2010-2015 гг. в стране снизилось количество специализированных психиатрических коек для взрослых, число наркологических коек осталось стабильным, а психиатрических коек для детей стало больше.

По данным Всемирной организации здравоохранения, число психиатрических больничных коек в Беларуси несколько меньше, чем среднее число на 100 000 населения в странах СНГ (77,26) и даже ЕС (73,02). Однако этот расчет производился на основе данных о 6412 психиатрических коек в Беларуси в 2014 г., тогда как Министерство здравоохранения в 2015 г. сообщает о 7274 койках (см. рис. 5).

Рис. 5. Коечный фонд в 2010-2015 гг.



Источник: Министерство здравоохранения

Среднее пребывание в стационаре составляет 25,8 дней, а занятость коек – одна из наиболее высоких в сравнении с другими лечебными профилями коек - в среднем 337 дней в году.

Таблица 2. Число пролеченных в стационарах пациентов в 2015 г.

	Всего				В том числе в регионах (проц.)			
	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические
Республика Беларусь	53004	4154	1745	23676	72	75	100	87
г. Минск	9402	1167	4	6221	29	84	100	81
Брестская область	7379	212	3	3002	96	36	100	98
Витебская область	6978	444	189	4175	96	86	100	99
Гомельская область	8315	553	0	1865	97	82	0	97
Гродненская область	6984	656	1337	2720	88	89	100	99
Минская область	6127	612	196	3721	4	30	100	58
Могилевская область	7493	506	0	1737	96	86	0	95



	Всего				В том числе в регионах (проц.)			
	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические
Прочие	326	4	16	232	62	75	100	88

Источник: Министерство здравоохранения

В представленных таблицах 2 и 3 видно, что число в 2015 г. на психиатрических койках стационаров лечилось более 56 тысяч взрослых и более 4 тысяч детей. Также значителен, составляющий почти половину объема лечения по психиатрическому профилю, размер наркологического лечения в больницах (почти 24 тысячи человек). Поскольку наркологическое лечение в стационарах существенно короче, чем психиатрическое, объем койко-дней наркологического лечения составил неполных 17 процентов от объема койко-дней взрослым пациентам с психиатрическими расстройствами.

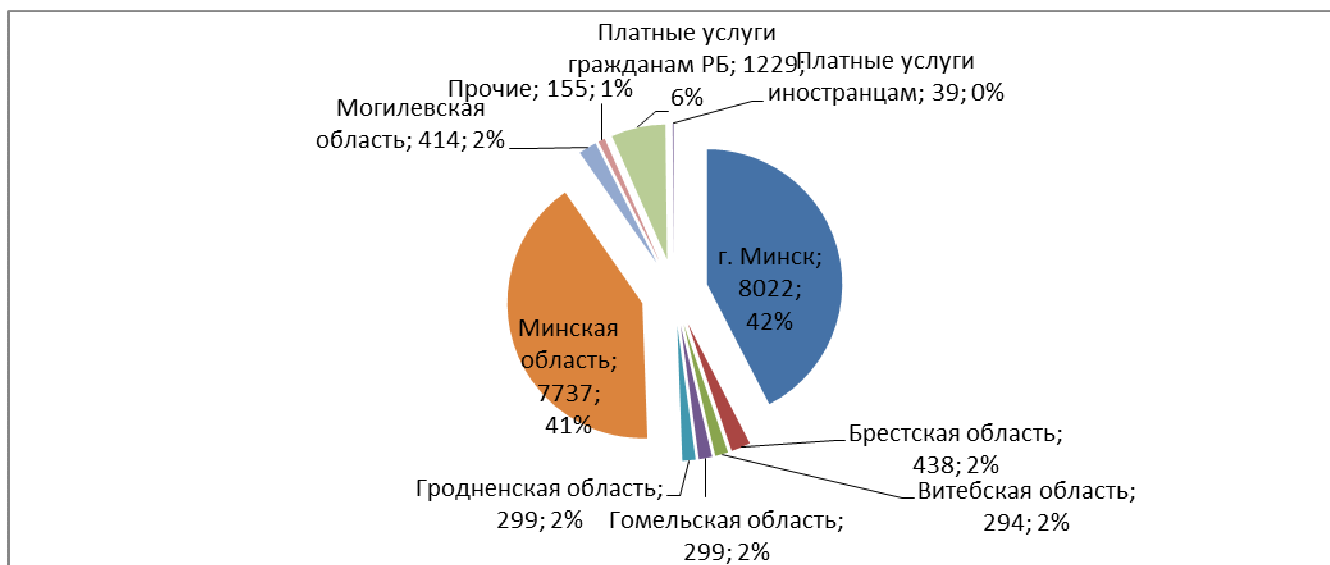
Таблица 3. Количество койко-дней в стационарах в 2015 г.

	Всего				В том числе в регионах (проц.)			
	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические	Психиатрические для взрослых	для детей	Психосоматические	Наркологические
Республика Беларусь	1879969	106258	27712	313066				
г. Минск	295421	30226	51	90240	67	74	100	82
Брестская область	294362	5117	42	43141	21	83	100	81
Витебская область	288520	11793	3704	50849	92	34	100	98
Гомельская область	295799	18142	0	28216	83	88	100	98
Гродненская область	233389	11659	20612	36107	89	88		97
Минская область	209121	16339	3117	45360	83	86	100	99
Могилевская область	241703	12878	0	13813	3	28	100	42

Источник: Министерство здравоохранения

РНПЦ психического здоровья, находящийся в Минске, является самой большой психиатрической больницей с координирующей, методической и иными функциями.

Рис. 6. Оказание услуг в РНПЦ психического здоровья в 2015 г.



Источник: Министерство здравоохранения

А в Республиканской психиатрической больнице «Гайтюнишки» наряду с лечением жителей Вороновского района Гродненской области (отделение на 50 коек), где это учреждение и находится, производится принудительное лечение по решению судов (в трех отделениях с 250 больничными койками). В 2015 г. в этой больнице лечилось 626 человек, из них 555 – жители Гродненской области

На больницы республиканского подчинения приходится около трети всего объема лечения, и эта доля имеет тенденцию к росту. В 2015 г. норматив койко-дней (205 на 1000 жителей) был превышен до почти 211 на 1000 жителей за счет большего объема лечения в республиканских больницах (68.3 на 1000 жителей вместо 60 на 1000 жителей). А в регионах фактический уровень составил 142.6 на 1000 жителей вместо расчетных 145 на 1000 жителей.

Важно отметить, что с учетом дневного стационара обгоняющий характер роста объема лечения в республиканских больницах еще более значителен - прирост на 5.2 койко-дня на тысячу жителей. Так что **услуги дневного стационара быстрее развиваются, прежде всего, не в регионах, а в больницах республиканского подчинения.**

В отделениях дневного пребывания создано 1393 места для пациентов с психическими расстройствами. Обеспеченность ими за 2014 год увеличилась с 1,46 до 1,47 на 10 тыс. населения. «Прежде чем закрыть стационары, должны развиваться стационарозамещающие

технологии. Мы поставили задачу увеличить обеспеченность отделениями дневного пребывания до уровня 1,7 на 10 тыс. населения“, — сказал в 2015 г. руководитель РНПЦ.<sup>9</sup>

Однако истории больных психическими заболеваниями показывают существенные проблемы в функционировании механизмов лечения, особенно в связи с обеспеченностью лекарствами (см. вставку 1).

Вставка 1.

**История лечения шизофрении, 2016 г.**

Моя сестра больна шизофренией, наблюдается в диспансере на улице Бехтерева. Для поддержания нормального состояния получает каждые две недели два препарата: один укол делают в диспансере плюс выдают таблетки, чтобы принимать дома. Так вот, уколы ей не делают с июля, таблеток в последний визит тоже не дали. Сказали, что препаратов нет, и надо встать на очередь в аптеке по месту жительства. То есть лечения нет.

Сестра попала в «Новинки» примерно 8 лет назад. После этого лежала еще несколько раз -- в периоды обострения. Помощь в больнице ей, действительно, оказывают качественно, вот только попасть туда все труднее. В последнее время скорая соглашается забрать ее только при наличии направления из диспансера.. Хочу заметить, что наше районное отделение (в котором лежат больные из Фрунзенского района Минска), действительно, всегда переполнено, поэтому лучше взять направление. Но когда у человека приступ, трудно и даже почти невозможно оставить его и ехать почти через весь город в диспансер на Бехтерева за этой бумажкой. В последний раз сестра лежала в «Новинках» этим летом. После выписки сразу пошла в диспансер, где ее лечат амбулаторно. Но июля инъекции ей уже не делают – говорят, что нет препарата. Таблетки да последнего визита давали, но сейчас их тоже нет.

Два раза в месяц сестра должна явиться на беседу с врачом. Если не приходит, то нам звонят домой. И, в принципе, такая система наблюдения очень хорошая и действенная. Вот только не знаю, как она будет функционировать сейчас, без лекарств. Потому что без лекарств новые приступы обеспечены.

Таблеток нет во всем Минске. Обещают, что в течение пары недель появятся. Но... Препараты эти очень дорогие. Наверное, причина в этом.

Госпитализировать больного было сложно и восемь лет назад, и сейчас. В последний раз нам даже пришлось взятку дать, чтобы сестру полечили подольше. Потому что у них теперь стандарт -- это госпитализация на 3 недели, но для моей сестры этого времени мало, она не успевает "стабилизироваться". Но особенно меня, безусловно, пугает ситуация с лекарствами – инъекциями и таблетками.

<http://www.belaruspartisan.org/life/358226/>

Как отмечено в «Нулевом отчете»<sup>10</sup>, в стране отсутствует система реабилитации людей с психическими заболеваниями. И в планах развития медицинской реабилитации, представленных в государственной программе, доминирует реабилитация лиц, страдающих соматическими нарушениями.

Несколько проектов (например, пилотный проект «Социальная интеграция людей с психическими расстройствами» МБОО «Здоровье в XXI век» и РНПЦ психического здоровья открытием двух кабинетов реабилитации на полгода) оказались временным явлением. С другой стороны, как показано во вставке, продолжает практиковаться трудовая терапия в качестве реабилитационной составляющей лечения. Кроме того, в 2011-2015 гг. в лечебно-

трудоую и активизирующую терапию в стационарах были осуществлены целевые инвестиции (3313 млн. руб.).

Вставка 2.

### **Информация о лечебно-трудоой реабилитации**

Практика создания лечебно-трудоых мастерских в Республике Беларусь существует уже давно. Еще несколько десятилетий тому назад лечебно-трудоая реабилитация являлась одной из основных медицинских методик в том случае, если речь шла о пациентах, страдающих психическими заболеваниями. Ранее трудоая реабилитация инвалидов такой категории проводилась в Республике Беларусь системно. Медико-трудоой реабилитацией инвалидов занимались лечебно-трудоые производственные структуры, которые функционировали при каждой психиатрической клинике Беларуси. Сегодня такой уникальный реабилитационный опыт практикуется лишь в нескольких психиатрических лечебницах нашей страны, в том числе и в Витебске.

Наши лечебно-трудоые мастерские до сегодняшнего дня функционируют как незаменимый центр социально-трудоой терапии, которая включает в себя, в том числе и терапию занятостью для той категории пациентов, которые страдают психическими расстройствами. [КПУП «Лечебно-трудоые мастерские»](#) представляют собой уникальное и незаменимое звено в общей структуре психиатрической службы РБ, которое осуществляет действенную и очень эффективную профессионально-трудоую реабилитацию инвалидов. Сегодня здесь наши пациенты активно осваивают [швейное машинное производство](#) и осуществляют пошив постельного белья и принадлежностей, спецодежды и текстильных изделий. Для тех, кто предпочитает ручной труд, мы предлагаем попробовать заняться [изготовлением упаковочной продукции](#). Начинаем осваивать новые направления трудоой деятельности для наших пациентов: погрузочно-разгрузочные и определенные виды ремонтных работ, уборка помещений и прилегающих территорий. А с 2016 года пациенты могут освоить специальность сборщика окон из ПВХ профиля.

Пациентов с психическими нарушениями нужно не только научить выполнять элементарные производственные задачи и операции, но и закрепить эти навыки, пробудить интерес к труду и самому рабочему процессу. С этой задачей могут справиться только [специальный медицинский персонал](#) совместно с мастерами производства. <http://bezbariera.by/>

В 2016 г. Председатель Белорусского общественного объединения помощи душевнобольным «Миноди» им. В. Бычкова Тамара Спиркина отметила, что согласно нормативной базе таких больных не посещают социальные работники, права на санаторное лечение у психически больных нет; услуга социальной передышки семьям, где живут такие люди, не предоставляется.<sup>11</sup> Поэтому большую ценность представляют проекты НКО (например, см. вставку 3).

Вставка 3.

### **Проект социальной реабилитации**

**Три главные программы Клубного Дома:**

- 1. Программа упорядоченного рабочего дня.**
- 2. Программа трудоустройства.**
- 3. Досуговая программа.**

Деятельность Клубных домов регламентируется Международными стандартами Клубных домов. Эти стандарты определяют сущность реабилитационной модели, служат «Биллем о правах» для членов и этическим кодексом для сотрудников и подчёркивают выбор, уважение и возможности каждого из членов Клубного дома.

**Основные критерии приема в члены «Клубного дома»:**

1. Люди с психическими расстройствами не моложе 18 лет, осознающие желание участвовать в жизни Клубного Дома;
2. Отсутствие агрессии в поведении, стабильное состояние, не требующее нахождения в больнице;
3. Возможность самостоятельно приходить в Клубный дом и контролировать прием лекарств.

**Минский Клубный дом «Открытая душа»** открыт ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» в 2011 году и на сегодняшний день насчитывает 122 члена.

**Брестский Клубный дом «Калейдоскоп»** открыт при сотрудничестве ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» и ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов» на базе ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Ленинского района г. Бреста» в 2016 году и на сегодняшний день насчитывает 13 членов. Проект Брестский Клубный Дом реализуется при финансовой поддержке Программы малых грантов Посольств США.<sup>12</sup>

## Социальные услуги

Пожилые и нетрудоспособные лица, в том числе инвалиды, относятся к приоритетным группам в оказании социальных услуг. Однако люди с инвалидностью из-за интеллектуальных и/или психических нарушений традиционно сегрегируются в закрытые учреждения и в меньшей степени, чем люди с другими видами инвалидности, являются получателями нестационарных услуг по месту их жительства.

Важно подчеркнуть, что это касается значительной группы инвалидов. Исследование 2010 г. показало, что в среднем около **7,5 процентов инвалидов<sup>1</sup>** стало таковыми по причине **психических заболеваний**. Однако, среди инвалидов старшего возраста (свыше 50 лет) только 3,5 процента, а среди детей с инвалидностью - 6 процентов, то **среди инвалидов 18-50 лет** психические заболевания как проблема инвалидности преобладают и составляют **18,5 процентов**.<sup>13</sup>

По данным Министерства труда и социальной защиты, в стране работают 47 психоневрологических домов-интернатов для престарелых и инвалидов и 10 домов-интернатов для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития.

В соответствии с Комплексной программой развития социального обслуживания в 2010-2015 гг. **число мест в психоневрологических интернатах должно было увеличиться с 17849 до 18551** на 1305 мест (примерно по четверти прироста за счет нового строительства и реконструкции и половина прироста путем перепрофилирования неиспользуемых помещений).

---

<sup>1</sup> В 2015 г., по официальным данным, представленным в Государственной программе о социальной защите и содействию занятости населения на 2016 – 2020 годы в стране проживало 539 тысяч инвалидов. 7,5 проц. этого числа составляет около 40 тысяч человек.

Наибольший прирост планировался в Минске (с 1937 до 2364 мест), причем 600 мест – за счет перепрофилирования помещений, 244 места за счет реконструкции и 156 мест путем нового строительства.

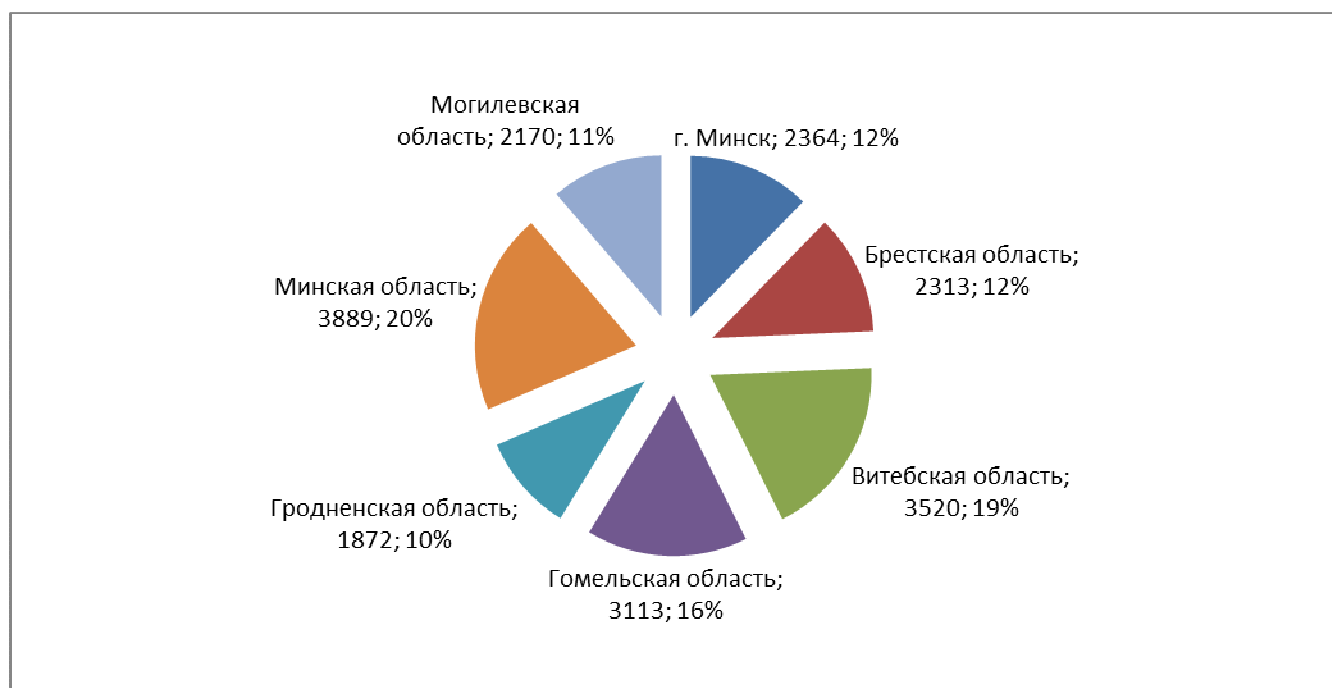
В 2013 г. начальник Управления стационарных учреждений социального обслуживания и капитального строительства Министерства труда и социальной защиты *подчеркивала, что «наиболее остро вопрос с очередями стоит в Минске. Места здесь ждут почти 500 человек (из 650 по стране). Решаем проблему, создавая новые места. В прошлом году в психоневрологических домах-интернатах республики их создано 455 — за счет реконструкции и перепрофилирования помещений. Увеличиваем и коечный фонд. В 2014-2015 годах планируется создать еще свыше 600 мест»*.<sup>14</sup>

Так же в программе подчеркнуто, что «в организациях здравоохранения на диспансерном учете находится 1738 человек, из них 831 человек нуждается в поселении в психоневрологические дома-интернаты. Очередность на поселение в них носит хронический характер и имеет тенденцию к увеличению».

Согласно правовым положениям, ПНИ оказывают следующие услуги<sup>15</sup>:

- Консультационно-информационные услуги (2 вида услуг), включая информирование о порядке оказания социальных услуг и имеющихся льготах;
- Социально-бытовые услуги (более 20 видов услуг), такие как обеспечение проживания, помощь в выполнении санитарно-гигиенических процедур, и другие;
- Социально-медицинские услуги (15 видов услуг): организация медицинских осмотров, выполнение медицинских процедур, обеспечение лекарственными средствами и другие;
- Социально-педагогические услуги (10 видов услуг): занятия по развитию социальных навыков, услуги культурно-массового и досугового характера. Очевидно, что имеется недостаток в данных видах услуг, к примеру, развитие бытовых навыков предусмотрено лишь 1 раз в неделю, коммуникативных – (при наличии показаний) 5 раз в неделю, навыков самостоятельного проживания – (при наличии показаний) 1 раз в неделю;

Рис. 6. Места в ПНИ по регионам в 2015 г.



Источник: Министерство труда и социальной защиты

- Социально-посреднические услуги (13 видов услуг): содействие в получении образования, оказание помощи в восстановлении дееспособности при успешной реабилитации, транспортные услуги и другие;
- Социально-психологические (4 вида услуг): социально-психологическая диагностика, психологическая коррекция и другие;
- Социально-реабилитационные (7 видов услуг): содействие в выполнении реабилитационных мероприятий, помощь в обеспечении техническими средствами социальной реабилитации;
- Услуги сопровождаемого проживания – в отделении сопровождаемого проживания инвалидов 1,2 группы, детей-инвалидов – (круглосуточно) на срок не более 3 лет
- Социально медицинская услуга по направлению на санаторно-курортное лечение – 1 раз в 2 года (однако законодательно закреплены противопоказания к такому лечению – в частности, болезни нервной системы, сопровождающиеся психическими расстройствами, хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.) Детям, проживающим в домах-интернатах для детей-инвалидов, такая услуга также оказывается, однако противопоказанием является психическое расстройство только в период обострения (1 раз в год).
- Специальные дома для ветеранов, престарелых и инвалидов оказывают **услуги сопровождаемого проживания** для инвалидов 1, 2 группы, сохранивших полную или

частичную способность к самообслуживанию и передвижению, ранее проживавших в домах-интернатах для детей-инвалидов, домах-интернатах для престарелых и инвалидов (на основании рекомендации МРЭК или заключения ВКК) – до формирования навыков самостоятельного проживания.

Среди новаций последних лет:

в ПНИ предоставляют **услугу по краткосрочному пребыванию** (до одного месяца) пожилых людей с диагнозами в области психических заболеваний. Для тех, кто постоянно заботится о больных родственниках, это шанс сделать **передышку**. В 2013 г. услугой воспользовались 128 человек.

С 2012 г. в ПНИ апробируют и так называемую **услугу сопровождаемого проживания**. Иными словами, это подготовка больных некоторых категорий к самостоятельной жизни вне стационарных учреждений.

Далее, **дома самостоятельного проживания** не только для пожилых граждан, но и **для молодых людей** с особенностями психофизического развития, утративших социальные связи. В этих целях на базе домов-интернатов для детей-инвалидов организуются так называемые модельные площадки. Детей обучают обслуживать себя, готовить, стирать. Они (по разрешению врача) занимаются трудовой терапией в подсобном хозяйстве. Так, в Весновском и Богушевском домах-интернатах для детей-инвалидов организовано проживание в отдельных домиках, где созданы все условия для самостоятельного проживания. Это особенно важно для тех, кто с детства жил на полном обеспечении в доме-интернате. Вместе с тем, эти «дома» фактически являются отделениями ПНИ.

Также речь идет о **возможности изменения условий поселения в ПНИ**. Те родственники, в пользу которых производилось отчуждение недвижимого имущества, возможно, будут частично оплачивать пребывание родных в социальном учреждении. А Минск был определен пилотной площадкой для апробации в 2011-2015 годах эксперимента по внедрению новых форм работы по социальному обслуживанию. Речь идет о предоставлении социальных услуг на условиях договора пожизненного содержания с иждивением. Схема следующая. Человек передает в коммунальную собственность принадлежащую ему квартиру/жилые помещения, причем государство берет затраты по их оплате и содержанию за свой счет. Оно же выплачивает определенную ренту, а также не забывает о пенсии. Доход от таких услуг будет



получен не в момент заключения договора ренты, а по истечении определенного времени, т.е. после смерти гражданина.

То есть, в последние годы **происходят некоторые подвижки в деятельности ПНИ.**

С другой стороны, государство начало предоставлять **социальные услуги по месту жительства людей.** В каждом административном районе республики созданы территориальные центры социального обслуживания населения<sup>16</sup>. В настоящее время социальные услуги предоставляют 146 ТЦСОНов.

В соответствии с законодательством, среди основных задач деятельности ТЦСОН:

- участие в отслеживании социальной и демографической ситуации, в прогнозировании социальных процессов и выработке предложений по совершенствованию социального обслуживания населения региона;
- выявление и дифференцированный (по категориям) учет граждан, нуждающихся в социальной поддержке, определение необходимых им форм помощи и периодичности ее предоставления;
- оказание гражданам **социально-бытовых, психологических, правовых, консультационных услуг, материальной помощи, содействие в социальной адаптации и реабилитации граждан и оказание иных услуг;** и т.д.

В составе ТЦСОН могут создаваться отделения первичного приема, информации, анализа и прогнозирования; срочного социального обслуживания; социальной адаптации и реабилитации; социальной помощи на дому; дневного пребывания для инвалидов; дневного пребывания для граждан пожилого возраста; круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Также для обеспечения доступности социального обслуживания могут создаваться **социальные пункты** вне места нахождения ТЦСОН, **в отдельных случаях возможна выездная форма работы.**

Таблица 4. ТЦСОН по регионам в 2015 г.

· Регион	Количество территориальных центров социального обслуживания населения	Количество отделений в территориальных центрах социального обслуживания населения на 01.07.2016				Количество социальных пунктов на 01.07.2016	Численность граждан, состоящих на учете в территориальных центрах социального обслуживания населения на 01.07.2016			
		всего	всего	из них:			всего	всего	из них: обслуживаемых на дому	
				отделений дневного пребывания для инвалидов	отделений круглосуточного пребывания					отделений дневного пребывания для граждан пожилого возраста
Брестская область	20	114	21	2	10	245	355 354	10 461		
Витебская область	25	183	27	21	31	251	243 390	15 044		
Гомельская область	25	153	26	8	26	295	256 131	13 661		
Гродненская область	19	131	20	10	19	158	206 000	12 957		
Минская область	23	152	24	9	20	65	315 664	21 610		
г. Минск	9	59	10	-	7	11	185 571	3 126		
Могилевская область	25	153	25	13	12	147	242 822	11 899		
<b>Итого:</b>	<b>146</b>	<b>945</b>	<b>153</b>	<b>63</b>	<b>125</b>	<b>1 172</b>	<b>1 804 932</b>	<b>88 713</b>		

Источник: Министерство труда и социальной защиты  
[http://www.mintrud.gov.by/ru/new\\_url\\_1712920913](http://www.mintrud.gov.by/ru/new_url_1712920913)

Услуги ТЦСОН установлены Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых государственными учреждениями социального обслуживания системы Министерства труда и социальной защиты.<sup>17</sup>

Территориальные центры социального обслуживания населения оказывают следующие услуги:

- Услуги временного приюта (для жертв торговли людьми, лиц, пострадавших от насилия, террористических актов, техногенных катастроф и стихийных бедствий). Так называемая «кризисная комната» предоставляет спальное место, средства личной гигиены, питье и питание (при необходимости). Примерных положений о временных приютах найти не удалось. В интернет-доступе был найден текст Положения «О кризисной комнате» Мостовского ТЦСОНа<sup>18</sup>, в котором закреплено, что «кризисная»

комната не оказывает помощь лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, и гражданам с психофизическими особенностями развития.

- Консультационно-информационные услуги; социально-бытовые услуги; материальная помощь; социально-медицинские услуги; социальный патронат; социально-педагогические услуги; социально-посреднические; социально-психологические; социально-реабилитационные.
- Услуги сопровождаемого проживания:
  - Услуги помощника по сопровождению инвалида 1 группы с ограниченной способностью к передвижению – не более 20 часов в месяц
  - Услуги ассистента инвалида 1 группы с особенностями психофизического развития (для одиноких и одиноко проживающих инвалидов с особенностями психофизического развития) – не более 30 часов в месяц
  - Услуги переводчика жестового языка для инвалидов с нарушениями слуха – не более 36 часов в год

Необходимо отметить, что законодательно закреплен общий запрет ТЦСОНам оказывать социальные услуги в форме стационарного социального обслуживания (в отделениях круглосуточного пребывания) и в форме полустационарного социального обслуживания (в отделениях дневного пребывания) гражданам пожилого возраста – **лицам с психическими расстройствами** (за исключением ряда синдромов и расстройств, допускающих оказание социальных услуг в таких условиях)<sup>19</sup>. В то время как противопоказание для оказания услуг в отделениях дневного пребывания для инвалидов и на дому только одно – **психические и поведенческие расстройства (заболевания) в стадии декомпенсации и (или) с нарушениями поведения** (для услуг на дому – только с резко выраженными, для отделений дневного пребывания – с выраженными и резко выраженными нарушениями).

Расширяется законодательство по вопросу оказания социальных услуг государственными учреждениями социального обслуживания: так, в 2016 году **нормируется время на оказание услуг**<sup>20</sup>:

- Введены нормы времени на услуги, входящие в перечень бесплатных и общедоступных услуг
- Установлены нормы времени на услуги, входящие в перечень социальных услуг, оказываемых негосударственными некоммерческими организациями в форме стационарного социального обслуживания

- Определены нормы времени на услуги, оказываемые ТЦСОНами на платной основе.

Периодичность посещения социальными работниками граждан, находящихся на бесплатном обслуживании устанавливается:

- для граждан с незначительно сниженной двигательной активностью – 1,5 раза в неделю;
- для граждан с умеренно сниженной двигательной активностью – 2 раза в неделю;
- для граждан со значительно сниженной двигательной активностью – 3 раза в неделю;
- для граждан, утративших двигательную активность, – 4–5 раз в неделю.

Вставка 4.

#### **Пробные начинания в сфере оказания социальных услуг**

В 2011 - 2015 годах в Минске был проведен эксперимент по внедрению новых форм социального обслуживания и предоставлению социальных услуг<sup>21</sup>. В рамках данной формы социального обслуживания социальные услуги оказываются ТЦСОНами и домами-интернатами, входящими в систему Комитета по труду, занятости и социальной защите Мингорисполкома. С гражданином (на инвалидности не акцентируется документ, указано, что лицо должно достичь 70-летнего возраста) заключается договор пожизненного содержания с иждивением, по которому он передает принадлежащее ему жилое помещение в собственность г. Минска, а г. Минск (в лице Мингорисполкома) обязан осуществлять пожизненное содержание с иждивением гражданина. Человек может выбрать, в какой организации получать социальные услуги: в ТЦСОНе (тогда он остается проживать в своем жилом помещении) или в доме-интернате (с переселением в него). За время реализации эксперимента такой возможностью воспользовались 26 пожилых минчан: 13 из них остались проживать в своих квартирах, 13 — переселились в дом-интернат.<sup>22</sup>

В качестве примера для анализа функционирования районной системы оказания услуг и соответствующих ресурсов возьмем описание работы типичного (по мнению экспертов, которые лишь отметили, что в данном районе также функционирует психиатрическая больница) ТЦСОН (см. вставку 4).

Вставка 5.

#### **Структура социальной помощи в Лепельском районе**

<http://sobes.lepel.by/page.php?page=21>

Население района – 33 151, включая город Лепель – 17 690.

Время работы: рабочие дни, 07.45-17.15

#### **Отделение дневного пребывания для инвалидов**

**Задачи:** содействие инвалидам в **восстановлении нарушенных или утраченных вследствие заболевания навыков к самообслуживанию и в подготовке к самостоятельной жизни**, развития и поддержания у инвалидов навыков поведения, самоконтроля, общения, приобретенных в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, а также пользования техническими средствами реабилитации; развития способностей и интересов у инвалидов к трудовой деятельности, трудовых навыков, обеспечивающих реализацию их прав и потенциальных трудовых возможностей; содействия в трудоустройстве инвалидов; создания условий для удовлетворения потребностей инвалидов и членов их семей в общении.

Услуги: **Кружки** компьютерной грамотности «Паскаль», физической реабилитации «Родник здоровья», декоративно-прикладного творчества «Радуга», музыкально-театральный «Колобок», по работе с инвалидами по зрению «Сияние души», кружок домоводства "Госпадарыкі", клуб «Оптимист». Для реабилитации инвалидов посредством трудовой терапии с сентября 2013 года работает **реабилитационно-трудовые мастерские** по изготовлению сувенирной продукции по растениеводству, по изготовлению изделий из бисера.

При отделении действуют: комната физической реабилитации, комната социально-бытовой адаптации и реабилитации, компьютерный класс.

**Отделение дневного пребывания для инвалидов постоянно посещают 42 человека.**

Отделение предоставляет **услугу «социальной передышки»** родителям или законным представителям, осуществляющим уход за людьми с ограниченными возможностями. Данная услуга дает возможность планировать свободное время родителям, законным представителям для решения их личных дел путем организации досуга инвалидов на это время специалистами Центра.

В данном виде услуг может быть **отказано при наличии у инвалида** следующих противопоказаний:

- карантинных, инфекционных и **психических заболеваний**.

**Услуга "Помощник по сопровождению** (для инвалидов 1 группы с нарушением опорно-двигательного аппарата и (или) по зрению)", **услугу ассистента (для одиноких и одиноко проживающих инвалидов 1 и 2 гр. с умственными нарушениями).**

#### **Отделение круглосуточного пребывания**

Вместимость отделения – 60 мест. Средний возраст проживающих -79 лет.

Отделение круглосуточного пребывания является стационарным структурным подразделением Территориального центра социального обслуживания населения Лепельского района, предназначенное для временного пребывания либо проживания, а также постоянного проживания одиноких, одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста, нетрудоспособных инвалидов первой и второй группы, нуждающихся в посторонней помощи вследствие частичной утраты способности к самообслуживанию путем предоставления им жилья с комплексом материально-бытового обеспечения, создания для них условий проживания, приближенных к домашним.

**В отделение принимаются лица пожилого и старческого возраста, нетрудоспособные инвалиды I и II группы из числа одиноких и одиноко проживающих граждан, не имеющих трудоспособных детей и имеющие возможность оплачивать своё содержание, либо имеющие трудоспособных детей, которые не могут обеспечить уход за ними, но имеют возможность вносить установленную плату за проживание и уход.**

**С одиноких граждан (не имеющих трудоспособных детей), проживающих в отделении, взимается плата в размере 85 процентов от размера получаемой пенсии (частичная оплата).**

**Граждане, имеющие трудоспособных детей, платят полную стоимость проживания, При наличии свободных мест приглашаем на проживание пожилых граждан РБ на тех же условиях, что и для граждан Лепельского района.**

Разрешено пребывание граждан пожилого возраста и инвалидов на *период неблагоприятных условий проживания в своем доме* (квартире) (ремонт, разрушение конструкций и т.д.).

Оборудована комната повышенной комфортности (за дополнительную оплату) для граждан пожилого возраста и инвалидов.

**Противопоказаниями для зачисления в отделение являются: психические заболевания, эпилепсия, туберкулез в активной форме, заразные заболевания кожи, острые инфекционные, онкологические заболевания, все венерические заболевания, независимо от их формы, наркомания и хронический алкоголизм.**

**Новый вид платной услуги «Детский сад для пожилых».** Дети или законные представители могут оставить своих престарелых родителей под присмотром для решения собственных проблем.

#### **Отделение социальной адаптации и реабилитации**

Задачи: Оказание психологической помощи содействии в социальной адаптации и реабилитации граждан, (семей), находящихся в трудной жизненной ситуации

Услуги: Консультации психолога, разработка индивидуальных программ социальной реабилитации для различных категорий граждан (семей)

Психокоррекционная работа в индивидуальной и групповой форме

Телефон доверия

Социальный патронаж граждан и семей

Оказание лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, социально-бытовой помощи, содействие в реализации гарантий по их социальной защите в соответствии с законодательством Республики Беларусь

Взаимодействие с органами внутренних дел по трудовой и социальной реабилитации лиц, освобожденных из учреждений уголовно-исполнительной системы

Работа с гражданами, пострадавшими от насилия. Создана «кризисная комната» для жертв торговли людьми и лиц, подвергшихся семейному насилию, где им предоставляется временное жильё (до 10 дней), питание, психологические, медицинские и юридические консультации

Организация клубной работы

Выдача удостоверения многодетной семьи

Предоставление средств реабилитации (трости, костыли, ходунки) для граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, на безвозмездной основе

Направление в ГУСО «Витебский дом-интернат для престарелых и инвалидов» для прохождения реабилитации инвалидов-колясочников и инвалидов по зрению

**Направление в ГУСО «Богушевский дом-интернат для детей с особенностями психофизического развития» для реализации услуги ухода за детьми-инвалидами «Социальная передышка».** Данная услуга предоставляется на **платной основе** продолжительностью до 28 дней

#### **Отделение социальной помощи на дому**

Задачи: оказание социальных услуг на дому **одиноким и одиноко проживающим** нетрудоспособным гражданам, **достигшим 60-летнего возраста**, которые нуждаются в посторонней помощи вследствие полной или частичной утраты способности к самообслуживанию; **одиноким и одиноко проживающим инвалидам 1 и 2 групп**, которые еще не достигли пенсионного возраста, но по состоянию здоровья нуждаются в посторонней помощи.

Социальные услуги на дому предоставляются в соответствии с **функциональным классом (ФК) на основании медицинской справки о состоянии здоровья:**

ФК-2 (умеренно снижена способность к самообслуживанию и передвижению от 26 до 50%);

ФК-3 (значительно снижена способность к самообслуживанию и передвижению от 51 до 75%);

ФК-4 (резко выраженная способность к самообслуживанию и передвижению от 76 % до 100%) с **кратностью посещений 2, 3 и 4 раза в неделю.**

Услуги: социально-бытовые услуги (покупка и доставка на дом продуктов питания, оказание помощи в приготовлении пищи, доставка овощей из хранилища, доставка воды, доставка топлива из хранилища, вынос мусора, подметание пола и др.); социально-медицинские услуги (доставка (обеспечение) лекарственных средств и изделий медицинского назначения, оказание помощи в выполнении назначений, рекомендаций медицинского работника и др.); социально-реабилитационные услуги (содействие в выполнении реабилитационных мероприятий, обучение пользованию техническими средствами социальной реабилитации и др.); социально-педагогические услуги (обеспечение книгами, журналами, газетами, чтение вслух журналов, газет, книг и др.); - социально-посреднические услуги (содействие (оказание помощи) в доставке и обратно в учреждения (организации) здравоохранения, образования, культуры, содействие в заготовке овощей на зиму и др.); консультационно-информационные услуги (консультирование и информирование по вопросам оказания социальных услуг и социальной поддержки, проведение информационных бесед и др.).

Инвалиды, полностью утратившие способность к самообслуживанию и (или) к самостоятельному передвижению, а также с **тяжёлыми эмоциональными нарушениями, у которых наблюдаются различные формы агрессии, крик и другие проявления деструктивного поведения**, могут получать **разовые** социальные услуги на дому, а в периоды вне обострений - **посещать разовые** мероприятия, проводимые в ТЦСОН.

Ресурсы ТЦСОНа направлены и на **оказание стационарной помощи на постоянной основе**. В 2013 г. работало 54 отделения круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов на 1915 мест. Такие отделения - это структурные подразделения территориальных центров социального обслуживания населения и создаются по решению местных исполнительных и распорядительных органов в регионах, в которых отсутствуют дома-интернаты либо есть очередность на поселение в данные учреждения.

Несмотря на обилие перечисленных услуг, их оказание носит **нерегулярный характер** и зарегистрировано небольшое число постоянно вовлеченных инвалидов.

**Много ограничений** для оказания услуг лицам с психическими и/или интеллектуальными нарушениями

**Мал объем услуг** лицам с психическими и/или интеллектуальными нарушениями

#### Образовательные услуги

Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, функционирующие в рамках системы образования, тоже следует рассматривать как поставщиков услуг, поскольку среди их целей, наряду с созданием специальных условий для получения образования лицами с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями на уровнях дошкольного и общего базового образования, их социальной адаптации и интеграции в общество перечисляются:

**социальная реабилитация** лиц с особенностями психофизического развития, обеспечивающая им создание равных возможностей для участия в жизни общества, формирование жизнеспособной личности, включение в активное социальное взаимодействие;

**обеспечение детей с особенностями психофизического развития своевременной квалифицированной коррекционно-педагогической, социально-психологической помощью по месту жительства;**

**формирование позитивного общественного мнения** в отношении лиц с особенностями психофизического развития, улучшение морально-психологического положения детей с особенностями психофизического развития в семье, коллективе, обществе.<sup>23</sup>

Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации:

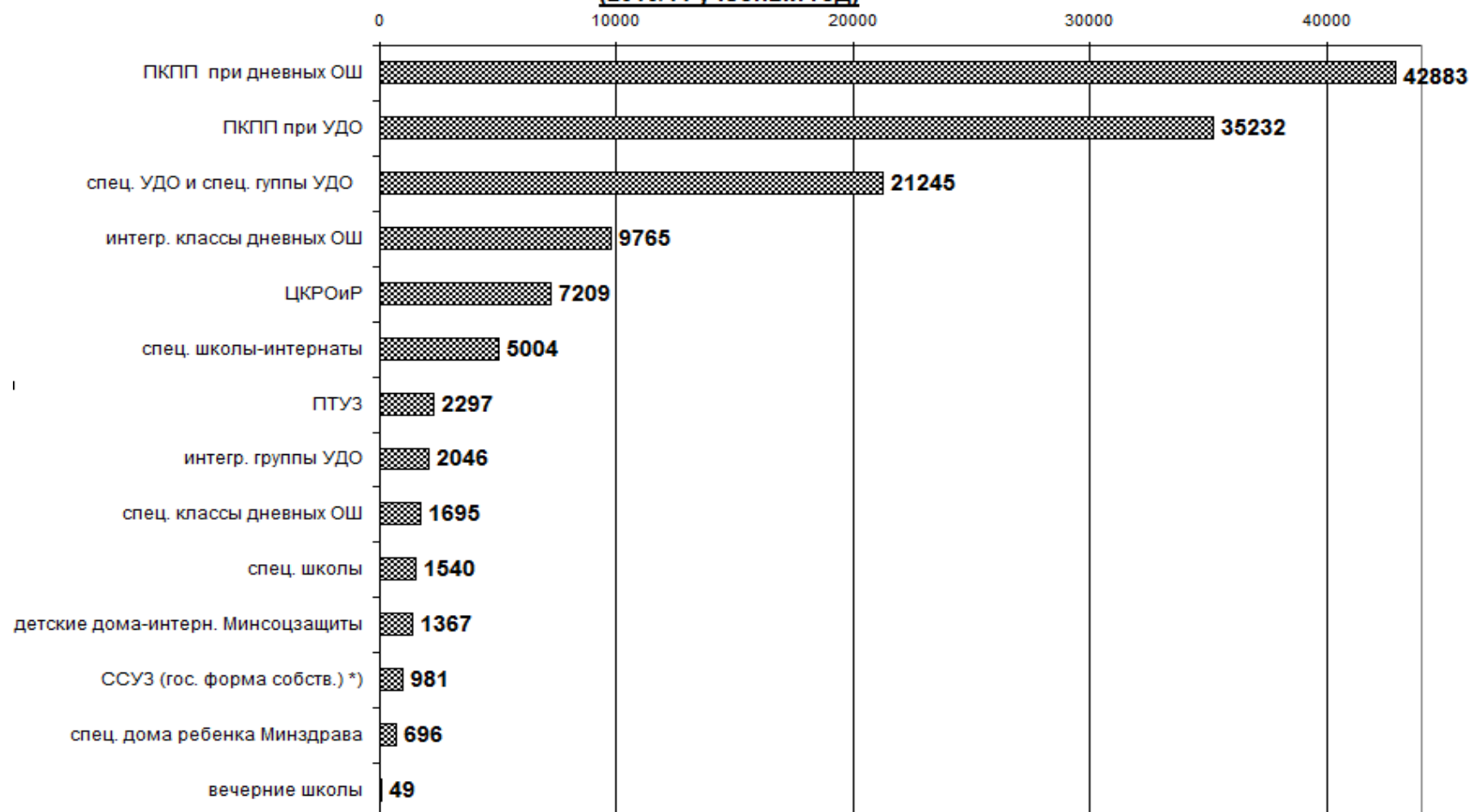
- Реализуют образовательные программы специального образования на уровне дошкольного и общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью
- Осуществляют **социальную реабилитацию лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями**
- Оказывают социально-педагогическую поддержку и психологическую помощь обучающимся, их законным представителям
- Осуществляют коррекционно-педагогическую, диагностическую, методическую, консультативную и информационно-аналитическую деятельность.<sup>24</sup>

В 2013 году были разработаны методические рекомендации по организации **процесса перехода выпускников ЦКРОиР в ТЦСОН**.<sup>25</sup> Установлен алгоритм перехода выпускника ЦКРОиР для обслуживания в ТЦСОН, который реализуется в 4 этапа общей продолжительностью 1 год и 9 месяцев, который предусматривает мероприятия по информационному, методическому обеспечению, по ресурсному оснащению и социально-психологической организации среды.

На рисунке 7, представленном Министерством образования (новейшие доступные данные), видны место и объем работы ЦКРОиР (около 7200 детей за учебный год)



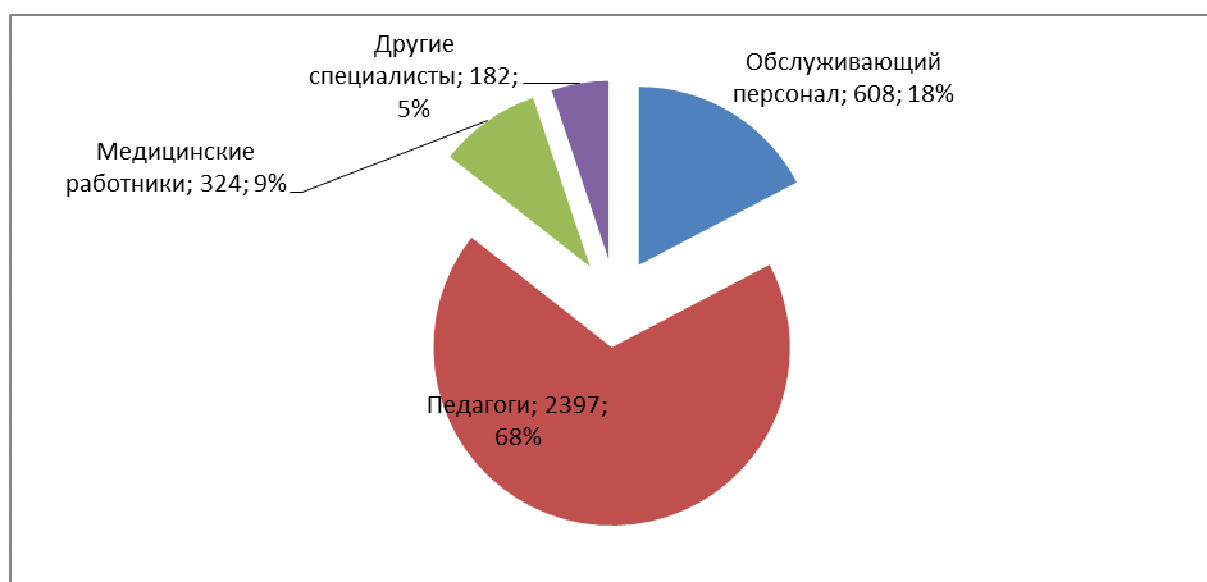
**Распределение детей с ОПФР по типам учебно-воспитательных учреждений  
(2010/11 учебный год)**



развития, - это около 6 проц. всех детей с ОПФР, находящихся на учете. Информации о качественных аспектах деятельности учреждений образования в отношении детей с ОПФР найти не удалось. Однако примечательно, что дети с интеллектуальными нарушениями в основном содержались в специальных школах-интернатах (2971 ребенок в 28 школе), в 8 специальных школах, которых не было в Минске и Минской области, - 775 ребенок, и 292 ребенок - в 45 специальных классах, открытых при ОШ, причем почти половина этих классов была в Могилевской области и ни одного в Минске.

Всего в ЦКРОиР занято около 3,5 тысяч работников, почти 70 проц. которых составляют педагоги.

Рис. 8. Работники ЦКРОиР в 2011 г.



Источник: Министерство образования

В стране **отсутствует интегрированная система или комплексные службы, отвечающие нуждам лиц, осуществляющих неформальный уход.**

Распределение основных сетей поставщиков услуг по регионам представлено в таблице 5. Сеть амбулаторной специализированной помощи в значительной степени привязана к административному делению (районным, городским и областным центрам). Распределение стационарных учреждений, особенно ПНИ, является историческим.

Таблица 5. Основные сети поставщиков услуг

	Население 2016 г., Тысяч человек/ проц.	Доля сельского населения (проц.)	ПНИ/ Из них для детей	Психиатрически е, психоневрологи ческие, наркологические больницы	ТЦСОН	ЦКРОиР
Республика Беларусь	9498/100	22	57/10	12 (без Минска)	146	143
Брестская область	1387/15	30	8/1	3	20	21
Витебская область	1194/13	23	10/1	3	25	23
Гомельская область	1423/15	23	9/3	3	25	23
Гродненская область	1050/11	26	6/1	1	19	19
г. Минск	1960/21	0	5/2	2 республ иканских центра	9	10
Минская область	1417/15	43	12/2	3	23	24
Могилевская область	1067/11	20	7/1	2	25	23

Источник: Составлено авторами по официальным данным министерств

## ***Помощь людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями в закрытых учреждениях***

В Республике Беларусь функционируют дома-интернаты – учреждения социального обслуживания, осуществляющие стационарное социальное обслуживание.

Законодательство, касающееся деятельности интернатов, довольно обширно и включает Конституцию Республики Беларусь; Гражданский кодекс Республики Беларусь [от 07.12.1998 № 218-3](#); Кодекс о браке и семье, Жилищный кодекс Республики Беларусь от 28.08.2012 № 428-3;

Закон Республики Беларусь от 11.11.1991 № 1224-XII «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»; Закон Республики Беларусь от 22.05.2000 № 395-З «О социальном обслуживании»; Закон Республики Беларусь от 17.04.1992 № 1596-XII «О пенсионном обеспечении»; а также различные ведомственные документы.

Анализируя законодательство Республики Беларусь, и соотнося его с Конвенцией о правах инвалидов, рекомендациями Комитета по правам инвалидов, Общеевропейскими установками по переходу от институционального ухода к уходу на уровне местных сообществ, можно выделить **основные критерии**, позволяющие оценить возможность реализации своих прав людьми с инвалидностью, проживающими в интернатах (и в частности, психоневрологических):

### Жилье

Конвенция о правах инвалидов закрепляет, что люди с инвалидностью имеют возможность выбирать место жительства и где и с кем они живут на равной основе с другими лицами и не обязаны жить в особых условиях.

В Беларуси жилое помещение в доме-интернате (специальное жилое помещение) предоставляется в пользование из расчета 7 кв. метров этого жилого помещения на одного человека<sup>26</sup>, на основании путевки в стационарное учреждение, которая оформляется соответствующим комитетом по труду, занятости и социальной защите местного исполнительного и распорядительного органа при наличии свободных мест. Однако в связи с тем, что очередность растет, мест в интернатах не хватает, государство подтверждает невозможность предоставления даже таких минимальных площадей во многих интернатах,

для чего и выделяет финансовые ресурсы для «приведения площадей жилых помещений в соответствие с санитарными нормами и укрепление из материально-технической базы»<sup>27</sup>.

В Государственной программе о социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы<sup>28</sup> реализуется подпрограмма «Социальная интеграция инвалидов и пожилых лиц», в которой под социальной интеграцией понимается комплекс мер по повышению качества жизни инвалидов и создания им условий для независимого проживания и эффективного участия в жизни общества. Однако опять же львиная доля средств направляется интернатам для их содержания, реконструкции и строительства и капитальных ремонтов. Этим, наверное, можно объяснить тот факт, что социальная интеграция к окончанию программы в 2020 году будет реализована путем (в числе прочего) создания комфортных условий проживания в стационарных учреждениях.

Отметим, по республике общий норматив строительства и предоставления жилья (для лиц, нуждающихся в улучшении жилищных условий) варьируется от 15 до 20 квадратных метров на человека, а для лиц, страдающих определенными заболеваниями, государство гарантирует дополнительные 15 квадратных метров общей площади.

По условиям проживания и пользования личными вещами в интернате стоит добавить, что при вселении составляется опись имущества вселяемого, при этом некоторыми вещами либо запрещено пользоваться, либо разрешено, но на это требуется разрешение директора дома-интерната. Так, гражданам разрешается пользоваться такими личными вещами: одеждой и обувью по сезону, постельными принадлежностями. С разрешения директора дома-интерната можно пользоваться радиоприемниками, телевизорами, музыкальными инструментами, личной библиотекой и т.п., если это не приводит к нарушению требований пожарной безопасности и охраны труда. Запрещается, к примеру, готовить пищу, ложиться в постель в одежде и обуви, стирать и сушить белье в комнате, содержать в комнате домашних животных (кошек, собак и т.д.), пользоваться газовыми портативными плитами и электронагревательными бытовыми приборами.<sup>29</sup> Стоит отметить, что размещение граждан по корпусам и жилым комнатам производится по указанию директора дома-интерната, согласованному с врачом (фельдшером) с учетом возраста, пола, характера заболевания, других индивидуальных особенностей и, по

возможности, желания гражданина. Перевод из одной жилой комнаты в другую возможен только с разрешения директора дома-интерната по согласованию с врачом (фельдшером)<sup>30</sup>.

Поскольку существенное значение для процесса деинституализации имеет обеспечение жильем, отметим, что в Беларуси существует возможность постановки на учет нуждающихся в

улучшении жилищных условий некоторых категорий граждан, проживающих в интернатах. По Жилищному кодексу (статья 35), становятся на учет граждане, проживающие в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, которым установлена 3 группа или инвалидность снята или признаны в установленном порядке дееспособными, если за ними не сохранилось или им не может быть предоставлено право владения жилым помещением, из которого они выбыли. Право получения жилого помещения социального пользования имеют инвалиды 1,2 группы, если доход не более бюджета прожиточного минимума и располагают имуществом, общая стоимость которого не превышает стоимость квартиры, а также неработающие одинокие инвалиды 1, 2 группы.

### Дееспособность

Конвенция в статье 12 отмечает, что инвалиды обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни. Комитет по правам инвалидов констатирует, что правоспособность является неотъемлемым элементом осуществления гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав<sup>31</sup>.

Все инвалиды, отмечает Комитет, включая лиц с физическими, умственными, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, могут пострадать в связи с отказом в правоспособности и применением субститутивной модели принятия решений.

Тем не менее, отмечается, что правоспособность и психическая дееспособность являются двумя различными понятиями. Правоспособность означает способность обладать правами и обязанностями (правовой статус) и осуществлять эти права и обязанности (дееспособность). Она выступает ключевым элементом, дающим доступ к реальному участию в жизни общества. Психическая же дееспособность означает навыки лица принимать решения, которые, естественно, у всех людей неодинаковы и могут варьироваться в зависимости от многих факторов, включая окружение и социальные факторы. Комитет отмечает, что в отличие от общих представлений, психическая дееспособность не выступает объективным, научно обоснованным и естественно возникающим явлением, ее предопределяют социальные и политические условия, равно как и различные дисциплины, профессиональные аспекты и виды практики, которые играют доминантную роль при оценке психической дееспособности. Комитет отмечает, что во многих государствах понятия психической дееспособности и правоспособности настолько близки, что, если считается, что лицо имеет слабую способность принятия решений, зачастую в связи с когнитивными или психосоциальными нарушениями, то его правоспособность принимать конкретные решения устраняется. В таком случае инвалидность и/или навыки принятия решения принимаются в качестве законного основания

для лишения его правоспособности или понижения его статуса правосубъектности. Конвенция не допускает такого лишения правоспособности и требует предоставления поддержки при реализации правоспособности.

Согласно Гражданскому кодексу (статья 29) основанием для признания гражданина недееспособным является наличие у него психического расстройства (душевной болезни или слабоумия), в силу которого он не может понимать значение своих действий или руководить ими. Пленум Верховного Суда<sup>32</sup> уточняет, что гражданин, страдающий психическим расстройством, которое не лишает его способности понимать значение своих действий или руководить ими, не может быть признан недееспособным.

Тем не менее, в правовых базах можно обнаружить такой документ как заявление главного врача Республиканской клинической психиатрической больницы о признании гражданина недееспособным, который приводится в качестве примерной формы, и который в мотивационной части дает в качестве основания для лишения дееспособности называет оформление документов в дом-интернат. Наличие такого документа в широком доступе дает основание полагать, что он является востребованным, и что такая практика порождена положением, которое нормативно закреплено: ПНИ осуществляет уход и обслуживание граждан, признанных в установленном порядке недееспособными.

Людям с инвалидностью часто отказывают в равной защите закона и переводят на особое положение. Законодательство, касающееся людей с психическими нарушениями, зачастую имеет более низкий стандарт, когда речь идет о защите прав человека, в частности, право на надлежащую правовую процедуру и честный суд.

Так, ст. 375 Гражданского процессуального кодекса Республики Беларусь признает, что дело о признании гражданина недееспособным (вследствие психического расстройства из-за которого не может понимать значения своих действий или руководить ими) суд может рассмотреть без его участия, если посчитает невозможным присутствие лица по состоянию здоровья. Пленум Верховного Суда обращает внимание судов, что психическое состояние гражданина определяется судебно-психиатрической экспертизой, поэтому ее назначение по делам о признании гражданина недееспособным является обязательным.<sup>33</sup> Однако в этом документе также уточняется, что возможно заочное проведение экспертизы.

С момента вступления в силу решения суда о признании гражданина недееспособным

данный гражданин утрачивает возможность реализации прав и свобод от своего имени не только в гражданских правоотношениях, но и в иных важнейших сферах социальной жизни: семейной, трудовой и др. В частности, в защиту прав и интересов таких лиц в отношениях с любыми лицами и организациями, в том числе в судах, без специального полномочия выступают опекуны (статья 34 Гражданского Кодекса); указанные лица не могут быть усыновителями, опекунами и попечителями; не допускается заключение брака между лицами, из которых хотя бы одно лицо признано судом недееспособным (часть первая статьи 19, часть первая статьи 125, часть первая статьи 153 Кодекса Республики Беларусь о браке и семье); трудовой договор, заключенный с гражданином, признанным недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия, признается недействительным (пункт 3 статьи 22 Трудового кодекса Республики Беларусь); граждане, признанные судом недееспособными, не участвуют в выборах, референдуме (часть вторая статьи 64 Конституции, часть вторая статьи 4 Избирательного кодекса Республики Беларусь).

Таким образом, с момента вступления в законную силу решения суда о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства такое лицо на неопределенный период ограничивается в возможности реализовывать многие права в гражданско-правовой сфере (в частности, совершать сделки) и иных сферах, а также исполнять обязанности и нести ответственность за свои действия.

Если касаться вопроса признания вновь дееспособным – решение принимается судом, если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали. Такое решение принимается лишь по заявлению опекуна (членов семьи, близких родственников, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрической (психоневрологической) организации здравоохранения), исключая возможность лицу самостоятельно восстановить свою дееспособность.

В 2013 году Конституционный Суд рассматривал вопрос **о возможности частичного ограничения дееспособности лица** вследствие психического расстройства в зависимости от степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими (вместо полного лишения дееспособности). Установил наличия пробела в законодательстве и **указал на необходимость разработки законопроекта** о внесении соответствующих изменений и дополнений в Гражданский кодекс Республики Беларусь.



Комитет по правам инвалидов призывает предоставлять доступ к поддержке при реализации своей правоспособности (отменять режим заместительного принятия решений – включая лишение дееспособности и установления полной опеки, и разрабатывать альтернативные поддерживающие модели принятия решений – где приоритетом является воля и предпочтения заинтересованного лица). Поддержка инвалидам при реализации ими своей правоспособности может включать меры, связанные с универсальным дизайном и доступностью (например, требование к частным и государственным субъектам, таким как банки и финансовые учреждения, предоставлять информацию в понятной форме или обеспечивать профессиональное толкование с использованием языка жестов), чтобы дать инвалидам возможность совершать юридические действия, необходимые для открытия счета в банке, заключения договоров или реализации других видов общественных отношений. Поддержка также может выражаться в форме разработки и признании разнообразных нетрадиционных методов общения, особенно для тех, кто использует невербальное общение для выражения своей воли и предпочтений.

Действующий в Беларуси институт опеки не позволяет человеку, лишенному дееспособности, реализовать свою правоспособность. Опекуну назначаются органами опеки и попечительства. При этом при выборе должны учитываться пожелания лица, которому назначается опека (статья 152 Кодекса о браке и семье). Опекуну являются представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки, распоряжаются имуществом подопечного и его доходами.

Также создан **Координационный совет по опеке и попечительству**<sup>34</sup> для координации совместной деятельности организаций различных форм собственности в целях обеспечения защиты личных и имущественных прав и законных интересов лиц, признанных недееспособными вследствие психического расстройства. Среди задач Совета, среди прочего, принимать меры по устройству недееспособных в дома-интернаты. Отметим, что в состав Совета входят исключительно работники Комитета по здравоохранению Мингорисполкома и организаций, подчиненных Комитету.

#### Уважение частной жизни, семейной жизни

Конституция Республики Беларусь гарантирует каждому право на защиту от незаконного вмешательства в его личную жизнь, в том числе от посягательства на тайну его корреспонденции, телефонных и иных сообщений, на его честь и достоинство<sup>35</sup>. Статья 29 Конституции гарантирует неприкосновенность жилища и иных законных владений граждан.

Никто не имеет права без законного основания войти в жилище и иное законное владение гражданина против его воли.

Именно в интернатах происходит нарушение данного права, поскольку порядок проживания, установленный правилами внутреннего распорядка и другими инструкциями, не дает оснований полагать, что частная жизнь, семья, жилище или переписка и иные виды общения являются неприкосновенными. Помимо прочего существующий институт опеки не может гарантировать уважение права инвалидов на частную жизнь, поскольку лица, принимающие решения обычно имеют доступ к широкому спектру личной и другой информации о лице и не всегда проявляют должного отношения к интересам представляемых ими лиц.

Конвенция признает право всех инвалидов, достигших брачного возраста вступать в брак и создавать семью на основе свободного и полного согласия брачующихся. Национальное законодательство Республики Беларусь содержит в качестве препятствия к заключению брака такое основание как недееспособность. Репродуктивные права также ограничиваются.

#### Услуги здравоохранения

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам подтверждает важность права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, дополняя, что здоровье – это фундаментальное право человека, не допускающее исключений в реализации. Отмечено, что хотя повсеместно имеются стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах, тем не менее, таких стандартов в интернатах не существует.

Действительно, в Республике Беларусь утверждена Инструкция по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел<sup>36</sup>, которая детализирует санитарно-противоэпидемическое обеспечение, лечебно-профилактическое обеспечение, разработаны примерные схемы динамического наблюдения за больными терапевтического профиля, за лицами с психическими расстройствами, за больными туберкулезом.

По ПНИ подобная информация закреплена в Приказе комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, комитета по труду, занятости и социальной защите от 29.05.2014 № 381 «Об организации медицинской помощи проживающим в домах-интернатах», однако данный документ **лишь регламентирует порядок проведения медицинских осмотров для определения показаний и противопоказаний для направления граждан в дома-интернаты**, и перечень учреждений здравоохранения, закрепленных за

интернатами города Минска. И еще можно указать на Методические указания по организации медицинского обслуживания противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в домах-интернатах<sup>37</sup>, включающие нормы по режиму питания, содержания территории, порядка ведения медицинской документации и так далее.

### Персонал

Некоторые европейские стандарты, касающиеся людей, содержащихся в психиатрических больницах, учитывают качество ухода за больными, а точнее количество и качество персонала. Такие стандарты предписывают определенное отношение персонала к больным, уважение прав, управление персоналом и его переподготовку.

Статья 4 Конвенции о правах инвалидов обязует государства поощрять преподавание специалистам и персоналу, работающим с инвалидами, признаваемых в Конвенции прав, чтобы совершенствовать предоставление гарантированных этими правами помощи и услуг.

В Беларуси количество и качество персонала определяется штатными расписаниями и квалификационным справочником должностей. Типовые штаты работников домов - интернатов всех типов были отменены в конце 2013 года, однако существуют примерные нормативы численности работников учреждений социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание.<sup>38</sup> Так, помимо персонала, осуществляющего общее руководство, медицинского и персонала, осуществляющего прочее обслуживание, есть персонал в сфере социальной реабилитации и трудовой терапии (сюда входят психолог, специалист по социальной работе, культорганизатор, библиотекарь, руководитель кружка, инструктор физической реабилитации, инструктор по трудовой терапии). К примеру, на 100 койко-мест численность специалистов по социальной реабилитации может варьироваться в зависимости от количества лиц, проходящих терапию - 3, 61 человека (если 55 проживающих проходят трудотерапию), и 4,59 (если 90 человек проходят трудотерапию).

Государственной программой о социальной защите на 2016-2020 годы в рамках подпрограммы по социальной интеграции инвалидов и пожилых лиц предусмотрено мероприятие по **организации обучения** специалистов учреждений социального обслуживания практическим навыкам ухода (паллиативный уход, уход за гражданами пожилого возраста после инсульта, инфаркта, имеющими психические расстройства (заболевания), а также

инвалидами с нарушениями опорно-двигательного аппарата, по зрению, интеллектуальными нарушениями.

### Конфиденциальность

Конфиденциальность персональных данных и данных о здоровье и защита таких данных закреплена в ряде европейских стандартов, в частности в Руководящих указаниях по альтернативному уходу за детьми<sup>39</sup> и Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи<sup>40</sup>

По статье 18 Закона «Об информации, информатизации и защите информации» никто не вправе требовать от физического лица предоставления информации о его частной жизни и персональных данных, включая сведения, составляющие личную и семейную тайну, тайну телефонных переговоров, почтовых и иных сообщений, касающиеся состояния его здоровья, либо получать такую информацию иным образом помимо воли данного физического лица, кроме случаев, установленных законодательными актами Республики Беларусь.

Закон о здравоохранении предоставил право организациям здравоохранения направлять информацию, составляющую врачебную тайну, в государственные организации здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, а также для предотвращения распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний. Представляется, что под такое основание, как оказание медицинской помощи пациенту, можно со всей очевидностью подвести практически любую потребность в получении информации, составляющей врачебную тайну, что, в свою очередь, может не отвечать интересам самого пациента.

### Образование

Ряд международных документов, включая Конвенцию о правах инвалидов, закрепляет право на образование. Руководящие указания по альтернативному уходу за детьми<sup>41</sup> устанавливают, что дети должны иметь доступ к формальному, неформальному и профессиональному обучению в соответствии со своими правами в максимально возможной степени в образовательных учреждениях по месту жительства.

Дома-интернаты для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития обеспечивают получение специального образования в соответствии с Инструкцией о порядке

организации получения специального образования в учреждении социального обслуживания<sup>42</sup>.

Решение об организации получения специального образования в интернате принимается управлением (отделом) образования местного исполнительного и распорядительного органа. Комплектование специальных групп, специальных классов, функционирующих в доме-интернате, осуществляется на основании:

- письма директора дома-интерната о необходимости организации образовательного процесса;
- заключения государственного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации с рекомендациями об обучении и воспитании лиц с особенностями психофизического развития по образовательным программам специального образования, оказании коррекционно-педагогической помощи или о создании им специальных условий для получения профессионально-технического, среднего специального, высшего или дополнительного образования

В рамках организации образовательного процесса учреждение образования реализует образовательные программы специального образования с учетом структуры и степени тяжести физических и (или) психических нарушений и возраста лиц с особенностями психофизического развития; проводит работу по коррекции и (или) ослаблению физических и (или) психических нарушений у лиц с особенностями психофизического развития; оказывает консультативную помощь по вопросам обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития.

Учреждение образования совместно с домом-интернатом должны проводить мероприятия по расширению социальных контактов лиц с особенностями психофизического развития, и по организации социального взаимодействия детей с особенностями психофизического развития, находящихся в домах-интернатах, со сверстниками из учреждений образования.

#### Трудовая деятельность

Законодательно предусмотрено, что граждане по их желанию в соответствии с трудовой рекомендацией МРЭК или заключением врача (фельдшера) дома-интерната могут выполнять определенные посильные виды работ в лечебно-трудовых мастерских (на других производственных участках), подсобном хозяйстве, по самообслуживанию, уборке жилых комнат и территории дома-интерната, ремонту имущества, белья, обуви и др.

Однако **осуществлять трудовую деятельность и получать доход от нее они не могут**, поскольку, лишаясь дееспособности, они лишаются права заключать как трудовые договоры (трудовой

договор признается недействительным в случаях его заключения с гражданином, признанным недееспособным), так и гражданско-правовые.

#### Жалобы и расследования

Директор дома-интерната обеспечивает рассмотрение обращений граждан в установленном законодательстве порядке, а также ежемесячно анализирует поступившие замечания и предложения граждан, касающиеся вопросов работы дома-интерната<sup>43</sup>. При этом установленный законодательством порядок<sup>44</sup> предусматривает лишение права на обращения граждан, признанных недееспособными. Их обращения подаются законными представителями. Очевидно, что реализация данного права для проживающих в психоневрологических домах-интернатах затруднительна.

#### Реабилитация, выход из учреждения

В Беларуси на законодательном уровне процесс выхода из интерната для инвалидов урегулирован в той части, которая касается специальных интернатов. Это так называемое отчисление – наказание за неоднократные нарушения распорядка.

В примерной форме договора на платное содержание в интернате<sup>45</sup> тоже фигурирует понятие отчисления – за неоплату (2 месяца подряд) или неисполнения лицом условий договора. Выход возможен также при истечении обстоятельств, служивших основанием для предоставления жилого помещения в доме-интернате, и путем досрочного расторжения договора по соглашению сторон либо по инициативе одной из сторон с предупреждением другой стороны в письменной форме за 1 месяц до расторжения.

Однако в Законе об оказании психиатрической помощи установлено (статья 25), что отчисление лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), из стационарного учреждения социального обслуживания производится:

- по его заявлению на основании заключения врачебно-консультационной комиссии о том, что это лицо по состоянию здоровья способно проживать самостоятельно, при обязательном наличии у него жилой площади;
- по заявлению законного представителя, обязующегося осуществлять уход за отчисляемым несовершеннолетним либо за отчисляемым лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным<sup>46</sup>.

Однако встает вопрос о возможности применения данных норм на практике.

#### Мониторинг деятельности интернатов

Дома-интернаты входят в структуру Министерства труда и социальной защиты, ему и подотчетны. Ежегодно Министерство устанавливает формы отчетов и собирает информацию в соответствии с утвержденными формами.

Так, собираются сведения об обеспечении жизнедеятельности проживающих в домах-интернатах; сведения о техническом состоянии зданий и сооружений и освоении средств, выделенных на проведение капитального и текущего ремонта в стационарных учреждениях социального обслуживания; сведения о домах-интернатах для престарелых и инвалидов, домах-интернатах (отделениях) повышенной комфортности для престарелых и инвалидов, психоневрологических домах-интернатах для престарелых и инвалидов, специальных домах-интернатах (отделениях) для престарелых и инвалидов, домах-интернатах для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития; о выполнении норм питания граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Данная отчетность отражает количество мест, созданных за счет строительства или реконструкции зданий интернатов, объем средств, выделенных и освоенных по государственным программам, о коечном фонде интернатов, сколько человек стоит в очереди на поселение в интернаты, выполнение норм питания и так далее.

**Отчетности о качестве жизни в домах-интернатах, о количестве и качестве предоставляемых социальных услуг найти не удалось.**

#### Специализированные услуги для людей с инвалидностью

Конвенция о правах инвалидов (статья 19 § b) закрепляет, что государства принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы люди с инвалидностью имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества.

В Беларуси имеются специализированные услуги для лиц с инвалидностью. Перечень установлен Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27.12.2012 №1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг». Утверждено, какие нормы и нормативы действуют в государственных учреждениях социального обслуживания для бесплатных и общедоступных социальных услуг.

Необходимо отметить, что введенный в 2015 году новый вид поддержки многодетных семей – семейный капитал – может быть реализован семьями путем получения услуг в сфере социального обслуживания.<sup>47</sup> Однако закреплено ограничение - такие услуги могут быть оказаны **лишь в форме стационарного социального обслуживания.**



## ***Основные факторы оказания услуг людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями на уровне местных сообществ***

Кроме ТЦСОНов, которые являются основными поставщиками социальных услуг по месту жительства, социальные услуги могут предоставлять некоммерческие организации.

Некоммерческие организации по белорусскому законодательству - юридические лица, которые не имеют основной целью извлечение прибыли и не распределяют полученную прибыль между участниками. Такие организации создаются для удовлетворения нематериальных потребностей граждан и юридических лиц, а именно: достижения социальных, природоохранных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, защиты прав, законных интересов граждан, а также в иных целях, направленных на достижение общественных благ.

Законодательство допускает осуществление некоммерческими организациями любого вида деятельности, не запрещенного законом. Так, общественные организации вправе осуществлять любой вид деятельности, не запрещенный законодательством, осуществление которого необходимо для удовлетворения духовных и иных нематериальных потребностей участников (членов) общественных организаций. Фонд вправе осуществлять любой вид деятельности, не запрещенный законодательством, осуществление которого необходимо для достижения социальных, благотворительных, культурных, образовательных или иных общественно полезных целей, указанных в уставе фонда. Учреждение вправе осуществлять любой вид деятельности, не запрещенный законодательством, осуществление которого необходимо для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера.

Общественные объединения в своей деятельности самостоятельны, вмешательство государственных органов в их деятельность не допускается<sup>48</sup>.

Следует отметить, что удельный вес нормативных документов, касающихся возможностей оказания социальных услуг некоммерческими организациями, значительно меньше по сравнению с аналогичным, закрепляющим возможности государственных учреждений.

По закону НГО могут самостоятельно определять виды оказываемых ими социальных услуг, а также условия и порядок их оказания<sup>49</sup>. Для некоторых видов услуг, в частности, социально-медицинских, может потребоваться персонал с соответствующей квалификацией. Добавим, **некоторые услуги могут потребовать наличия специального разрешения (лицензии).**

До 2003 года деятельность по оказанию социальных услуг семьям и отдельным категориям граждан являлась лицензируемой, а юридические лица и индивидуальные предприниматели должны были получать специальные разрешения на оказание таких услуг. В 2003 году в связи с принятием Декрета Президента № 17 «О лицензировании отдельных видов деятельности» необходимость в получении лицензий на оказание социальных услуг была отменена. Однако **остались лицензии на ряд услуг, входящих в понятие медицинской деятельности, но тесно связанные с социальными услугами.** Так, Декретом предусмотрено лицензирование деятельности по оказанию психологической помощи. Оговорено, что общественные организации могут оказывать такую помощь без лицензии при условии, если они оказывают ее на безвозмездной основе. В таком случае персонал, оказывающий такую помощь, должен отвечать специальным требованиям - иметь высшее медицинское, высшее психологическое или высшее педагогическое образование.

Предоставлены **льготы** по налогообложению **только тем негосударственным организациям, которые оказывают социальные услуги в форме стационарного социального обслуживания** (так называемые частные дома-интернаты). Обороты по реализации оказываемых ими услуг (по перечню<sup>50</sup>) освобождаются от налога на добавленную стоимость

**Средства НКО** могут формироваться из таких источников:

- Безвозмездная (спонсорская) помощь

Такую помощь организации могут оказывать только юридические лица и индивидуальные предприниматели Республики Беларусь. Содержится закрытый перечень целей, на которые предоставляется помощь. Целевой характер спонсорской помощи накладывает на организацию обязанности по соответствующему учету и отчетности.

- Пожертвование

Статья 553 Гражданского кодекса Республики Беларусь закрепляет, что пожертвованием признается дарение вещи или права в общеполезных целях. На принятие пожертвований не требуется чье-либо разрешения или согласия. Однако до принятия Декрета Президента Республики Беларусь от 31.08.2015 N 5 "Об иностранной безвозмездной помощи" (который

заменил ранее действовавший Декрет Президента Республики Беларусь от 28.11.2003 N 24 "О получении и использовании иностранной безвозмездной помощи») анонимные пожертвования признавались иностранной безвозмездной помощью, которую необходимо регистрировать в Департаменте по гуманитарной деятельности Управления делами Президента Республики Беларусь. На сегодняшний день такая норма отменена.

- Иностранная безвозмездная помощь, Международная техническая помощь.

Отнесение средств к иностранной безвозмездной помощи или к международной технической предопределяет существенные различия в процедуре получения и специфику правовых режимов использования. Однако в обоих случаях использование денежных средств допускается лишь для реализации ограниченного перечня целей и только после завершения процедуры государственной регистрации (одобрения) помощи с условием представления в банк, на счет в котором поступили указанные средства, документов, подтверждающих регистрацию помощи, под угрозой применения спектра санкций за нарушение установленного порядка.

- Доходы от предпринимательской деятельности.

Общественные объединения вправе заниматься предпринимательской деятельностью лишь постольку, поскольку она необходима для их уставных целей, ради которых они созданы, соответствуют этим целям и отвечают предмету деятельности ОО. И такая предпринимательская деятельность может осуществляться **только посредством образования коммерческих организаций.**

- Государственная субсидия.

13.07.2012 был принят Закон, внесший изменения в законодательство о социальном обслуживании. Закон «О социальном обслуживании» в новой редакции ввел **понятие государственного социального заказа.** Механизм внедрения государственного социального заказа регламентирован Постановлением Совета Министров № 1219 от 27 декабря 2012 г., которым были утверждены «Положение о порядке проведения конкурса на выполнение государственного социального заказа, **финансируемого путем предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг и реализацию социальных проектов**», «Положение об условиях и порядке предоставления негосударственным некоммерческим организациям субсидий на оказание социальных услуг и реализацию социальных проектов».

Данная форма финансирования НКО представляется наиболее важной в перспективе устойчивости развития деятельности НКО.

Государственной программой о социальной защите и содействии занятости населения на 2016 - 2020 годы предусмотрено развитие системы ГСЗ в области социального обслуживания, однако **объем финансирования на данную задачу составляет всего 0,1% от общего объема средств на подпрограмму «Социальная интеграция инвалидов и пожилых лиц».**

Вставка б.

#### **Реализация государственного социального заказа**

В 2015 реализовано 46 договоров, в которых просубсидировано 96 ставок работников НКО<sup>51</sup>. В основном это работники Белорусского общества Красного креста

Пример Гродненской области иллюстрирует динамику и направленность реализации государственного социального заказа

2013 г. 1 договор на социально-медицинские услуги (БОКК), 11 человек получило помощь;

2014 г. **8 договоров** на социально-медицинские услуги и услуги психолога пострадавшим от домашнего насилия (БОКК), 167 человек получило помощь;

2015 г. 17 договоров, включая 12 договоров на социально-медицинские услуги и услуги психолога пострадавшим от домашнего насилия (БОКК); 4 договора на социально-реабилитационные услуги инвалидам по зрению (БелТИЗ); 1 договор на услуги по социальному сопровождению женщин, пострадавших от семейного насилия, помещение в «кризисную» комнату (Приход храма Святых мучеников благоверных князей Бориса и Глеба г. Гродно Гродненской епархии Белорусской Православной Церкви)<sup>52</sup>

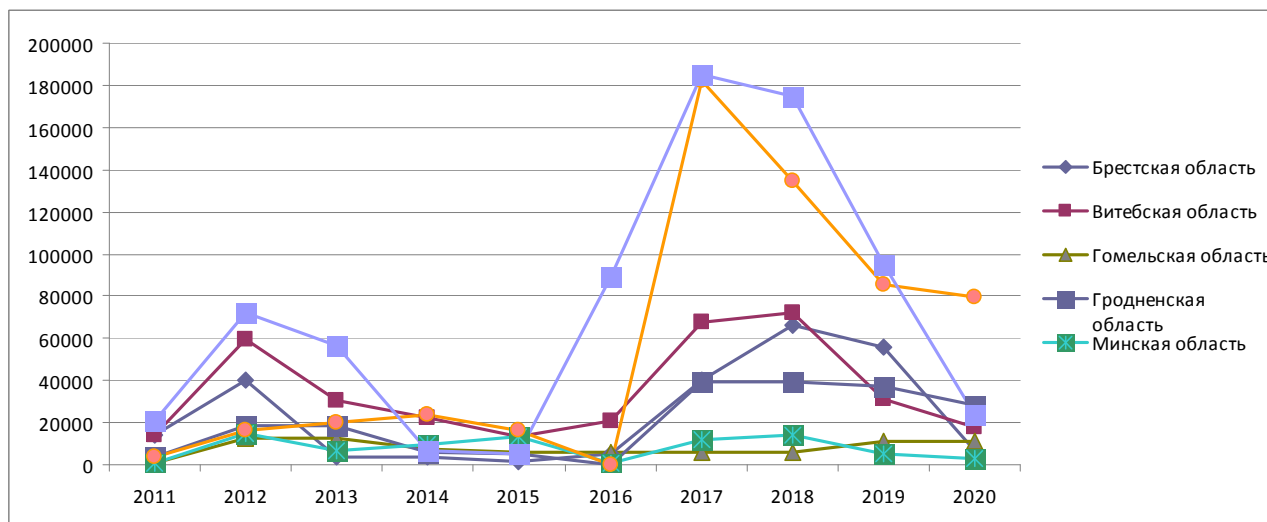
**Незначительность размеров государственного социального заказа является одним из важнейших экономических факторов деятельности НКО.**

Следующим важным фактором являются **инвестиции в деятельность ПНИ**. Ведь эти средства уже не могут быть использованы на развитие альтернативных услуг, да и надолго могут стать оправданием продолжения использования дорогостоящей инфраструктуры. В последние годы осуществлены, а также намечены в будущем **значительные вложения в улучшение инфраструктуры психоневрологических интернатов.**

Наряду с основным аргументом – наличие явных или скрытых очередей в психоневрологические интернаты – обоснование значительных капитальных инвестиций связано с неудовлетворительным состоянием зданий и нехваткой оборудования.

Как представлено на рис. наибольшие инвестиции получил г. Минск, где в основном создаются новые места в ПНИ, а в перспективе намечены значительные инвестиции в учреждения Могилевской области.

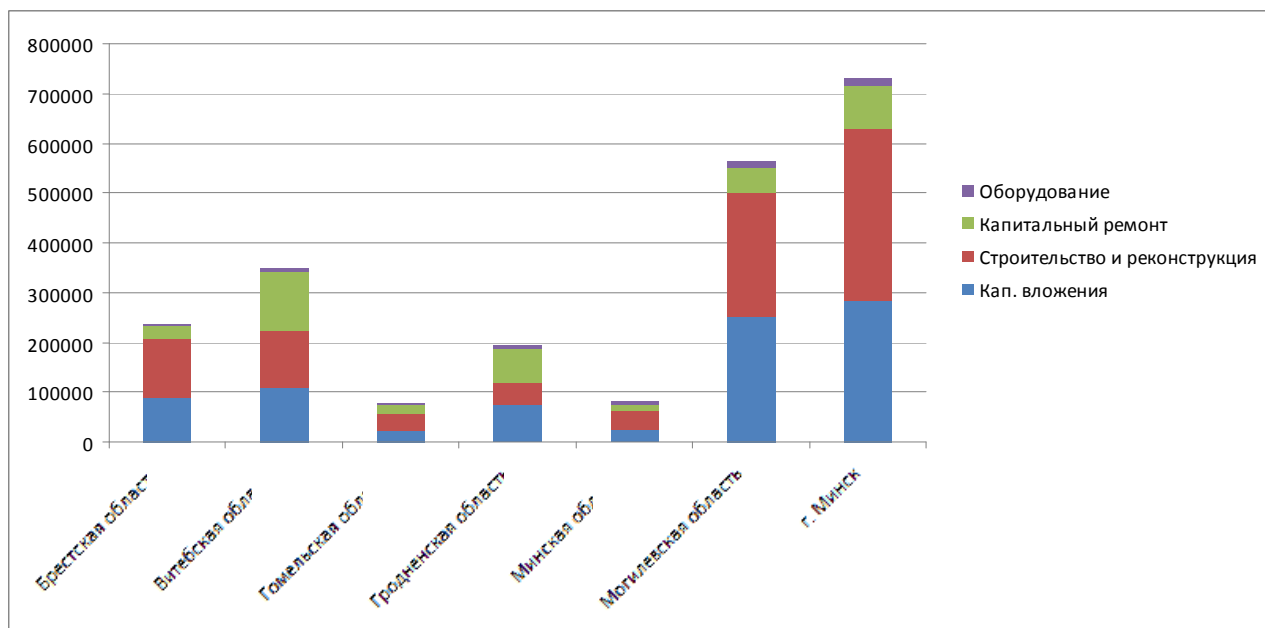
Рис. 9. Финансирование инфраструктуры психоневрологических интернатов в 2011-2020 г. (в млн. руб.)



Источник: Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения в 2016-2020 гг.

Источники финансирования ПНИ – это в основном средства местных бюджетов, дополняемых инвестициями из республиканского бюджета в основном на реконструкцию и строительство. Как уже отмечалось, за период 2011-2020 наибольший размер инвестиций направлен на ПНИ г. Минска и Могилевской области. В этих же регионах наиболее вложения в строительство и реконструкцию. А в Витебской и Гродненской областях существенно выше доля вложения на капитальный ремонт.

Рис. 10. Структура капитальных затрат по регионам в 2011-2020 гг. (в млн. руб.)\*



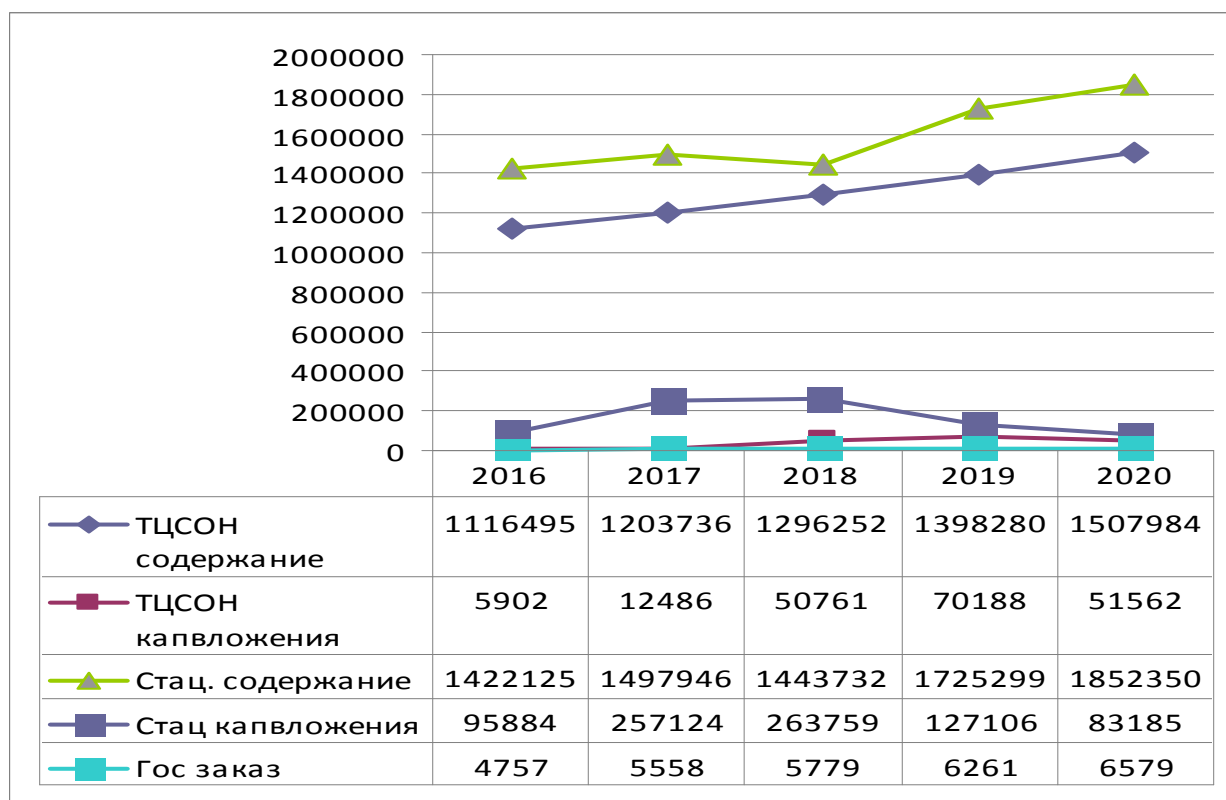
\*Без затрат на ГУ «РИВВИТ» в Минске

Источник: Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения в 2016-2020 гг.

Далее, затраты на стационарные учреждения превышают расходы на услуги по месту жительства.

По данным Государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2016–2020 годы государственные затраты на стационарные учреждения превышают как затраты на содержание ТЦСОН, так и размеры запланированных инвестиций. Так, в среднем содержание одного ТЦСОНа обходится бюджету в 3,3 раза дешевле, чем содержание одного интерната.

Рис. 11. Структура затрат на социальные услуги в 2016-2020 гг. (в млн. руб.)



Источник: Государственная программа о социальной защите и содействии занятости населения в 2016-2020 гг.

Экономическая аргументация, весьма малораспространенная, сводится в основном к финансовому сравнению затрат разных типов государственных учреждений. Утверждается, что создаваемые ТЦСОН отделения круглосуточного пребывания экономичны: стоимость содержания одного человека в доме-интернате значительно превышает расходы на его содержание в отделении круглосуточного пребывания. Или, по информации заместителя министра труда и социальной защиты РБ Александра Румака содержание постояльца ПНИ во втором полугодии 2012 года обходилось в 3 миллиона рублей в месяц, а жильца дома-интерната для детей – в 462 миллиона рублей в месяц.<sup>53</sup> По нашим расчетам, с учетом капитальных вложений и 80 проц. пенсии, которую обычно отдает на свое содержание житель ПНИ, в 2015-2016 гг. эта сумма, как минимум, вдвое больше.

Однако, возникает вопрос корректности сравнений форм помощи, если даже не упоминаются различия в объеме и качестве помощи, а также в возможных отличиях контингентов получателей. Ведь огромные, плотно заселённые учреждения в расчете затрат на одного проживающего должны быть экономичнее небольших учреждений в силу

общеизвестной экономии фиксированных (то есть почти всех) издержек при возрастании масштабов (если присутствует рациональность в организации помощи и осуществлении затрат).

В то же время явно не в пользу закрытых учреждений является сравнение с жизнью человека с интеллектуальными и/или психическими нарушениями в семье, где зачастую приходится полагаться лишь на пенсию и на «незаметные» ресурсы близких. Поэтому даже из соображений экономической рациональности, **следует в первую очередь инвестировать в формы поддержки ситуаций «неформального ухода», которые предотвращают от дорогостоящей институционализации.**

Рассматривая проблему «незыблемости» существующих ПНИ, нельзя сбросить со счетов их расположение в относительно отдаленных населенных пунктах и **значимую роль в местной экономике.** Зачастую ПНИ являются «градообразующим»: решающим, элементом, что делает вопрос их функционирования более чувствительным для местного населения и властей. К сожалению, не рассматривается потенциал роста рассредоточенной занятости населения, вовлекая его в оказание услуг ближе к местам проживания людей с интеллектуальными и/или психическими расстройствами.

**Значительные финансовые барьеры в получении услуг** также следует отнести к важным экономическим факторам, способствующим институционализации.

В списке платных услуг в области психиатрической и наркологической помощи акцентируются услуги, в оказании которых гарантируется анонимность, а также психотерапия. Но, как тоже показано во вставке 7, фактический список платных услуг весьма широк.

Вставка 7.

#### **Психиатрические и наркологические платные услуги**

проведение первичного добровольного психиатрического и (или) наркологического освидетельствования на дому по желанию граждан и (или) их законных представителей;

медико-психологическая и социальная реабилитация лиц с синдромом отрицания пола;

психиатрическое обследование и (или) психиатрическое освидетельствование граждан, осуществляемые по желанию граждан при отсутствии медицинских показаний;

взрослая, детская и семейная психотерапия по желанию граждан;

оказание наркологической и токсикологической помощи гражданам анонимно;

проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ и состояния опьянения, вызванного потреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ, по желанию граждан;

применение по желанию граждан методик психотерапии, назначение лекарственных средств лицам, признанным больными хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, страдающим никотиновой, игровой и компьютерной зависимостью, а также в связи с потреблением и вредными последствиями алкоголя,



наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ; коррекция нарушений пищевого поведения анонимно; коррекция тревожных и депрессивных расстройств анонимно.

**Прейскурант психоневрологического диспансера (без наркологических услуг)**

Осмотры специалистами:

- Осмотр врача-психиатра-нарколога - 1 руб. 13 коп. (13 000 руб.)
- Внесение врачом-специалистом заключительного экспертного решения - 1 руб. 19 коп. (19 000 руб.)
- Регистрация освидетельствуемого медицинским регистратором - 55 коп. (5 500 руб.).

Консультации врачей-специалистов:

- Консультация врача-специалиста второй квалификационной категории терапевтического профиля - 7 руб. 50 коп. (75 000 руб.)
- Консультация врача-специалиста первой квалификационной категории терапевтического профиля - 7 руб. 84 коп. (78 400 руб.)

Психотерапия:

- Сеанс семейной психотерапии - 5 руб. 7 коп. (57 000 руб.)

Психиатрия (АНОНИМНО):

- Сеанс индивидуальной психотерапии невротических, психосоматических и поведенческих расстройств - 7 руб. 94 коп. (79 400 руб.)
- Сеанс комплексной индивидуальной терапии невротических, психосоматических и поведенческих расстройств с сочетанным применением психотерапии и других методик: аппаратные психотехнологии, музыкотерапия, ароматерапия и другие - 7 руб. 94 коп. (79 400 руб.)
- Сеанс индивидуальной психотерапии зависимостей (алкогольной, никотиновой, пищевой, игровой и других) - 7 руб. 52 коп (75 200 руб.)

Гипербарическая оксигенация:

- Сеанс гипербарической оксигенации (на одного пациента) для круглосуточного стационара - 3 руб. 40 коп. (34 000 руб.)
- Сеанс гипербарической оксигенации (на одного пациента) для отделения дневного пребывания - 30 400 руб.

Пребывание в стационаре (стоимость койко-дня по состоянию на 10.06.2016г.):

- Койко-день в психиатрическом отделении круглосуточного стационара -302 37 руб. 97 коп. (379737 руб.).
- Койко-день в психиатрическом отделении дневного пребывания - 9 руб. 82 коп. (98209 руб.)

Другие платные услуги:

- Психологическое консультирование (сеанс) - 26 руб. (260000 руб.)
- Сеанс индивидуальной психологической коррекции невротических и поведенческих расстройств (сеанс) - 26 руб. (260 000 руб.)
- Полное психодиагностическое обследование (сеанс) - 17 руб. 30 коп. (173 000 руб.)
- Частичное психодиагностическое обследование (сеанс) - 39 руб. (390000 руб.)
- Сеанс психологического консультирования семьи - 16 руб. 30 коп. (163000 руб.)

Социальные услуги также могут предоставляться предоставляются как бесплатно, так и с частичной или полной оплатой<sup>54</sup>.

Условия оплаты определяются:

- размером среднедушевого дохода одинокого пенсионера или инвалида;
- наличием трудоспособных детей, обязанных по закону содержать своих родителей.

Бесплатно обслуживаются одинокие нетрудоспособные граждане, у которых размер среднедушевого дохода не превышает 100 % утвержденного в установленном порядке бюджета прожиточного минимума (БПМ) в среднем на душу населения.

На условиях частичной оплаты обслуживаются одинокие нетрудоспособные граждане (семьи), среднедушевой доход которых не превышает 200 % БПМ

Цены (тарифы — стоимость нормо-часа) на социальное обслуживание и социальные услуги, оказываемые государственными учреждениями социального обслуживания, утверждаются облисполкомами и Минским горисполкомом.

Вставка 8.

#### **Практика предоставления социальных услуг**

Без взимания платы социальное обслуживание на дому оказывается малообеспеченным одиноким нетрудоспособным гражданам, имеющим по объективным причинам среднедушевой доход ниже бюджета прожиточного минимума (БПМ) в среднем на душу населения, действующего на дату подачи заявления об оказании социальных услуг, то есть чей доход ниже 1 млн. 428 тыс. 100 рублей (по данным 2015 г.). В Мозырском **районе, к слову, только для 1 человека услуги соцработника бесплатны.** На условиях частичной оплаты — одинокие нетрудоспособные граждане (семьи), среднедушевой доход которых не превышает 200% БМП, то есть чей доход ниже 2 млн. 856 тыс. 200 рублей. Для остальных — полная оплата.

Расчет тарифа за обслуживания зависит от способности к самообслуживанию. Так, на условиях полной оплаты, если вы проживаете в городской квартире, с вас возьмут от 56 до 112 тыс. рублей (ранее от 38 до 76 тыс.), а если в сельской местности и городском частном секторе — от 70 до 186 тысяч (ранее от 48 до 127 тыс.). Стоимость тарифа: 3500 рублей в час (раньше 2700 рублей) — это для нашего города, в Минске — 5 тысяч рублей в час.

Периодичность прихода социального работника определяется по договору. Если медицинский работник определил, что у вас, предположим, двигательная активность II группы, вам положено 2 посещения в неделю, а на каждый визит соцработника отведут 2 часа 30 минут. Но при этом можно договориться на 3 посещения в неделю, уменьшив время визита на 40 минут.<sup>55</sup>

Существенные платы за социальные услуги закономерны, когда при высокой потребности в услугах их финансирование ограничено. ТЦСОН **создаются за счет и в пределах средств, предусмотренных на их содержание,** а также в пределах численности, установленной в соответствии со штатными нормативами территориальных центров социального обслуживания населения.<sup>56</sup> Однако в планах до 2020 г. средства на содержание ТЦСОНов будут расти не намного быстрее, чем средства на содержание ПНИ, и в этой перспективе объем финансирования ТЦСОНов не догонит размеры финансирования ПНИ.

Важным последствием ограниченного финансирования социальных услуг по месту жительства является ситуация выбора между разными видами услуг и за ними **скрытая «конкуренция» разных групп получателей услуг.** Для стигматизированной группы лиц с интеллектуальными и/или психическими нарушениями это «проигрышная» ситуация. Участники дискуссий подчеркивали недостаточную осведомленность, даже отрицательные установки работников районных и областных администраций, комитетов по труду, занятости и социальной защите, которые играют большую роль в расстановке приоритетов в отношении предоставляемых ТЦСОНами услуг.

## *Основные бреши в оказании услуг на уровне местных сообществ*

Рассматривая роль НКО в оказании услуг на уровне местных сообществ, необходимо принять во внимание относительную слабость «третьего сектора» в Беларуси: «Некоторый прогресс наметился в плане уменьшения стигматизации лиц с расстройствами психики, но **если в других странах инициатива по вопросам преобразований в сфере охраны психического здоровья зачастую исходит от неправительственного сектора, то в Беларуси он в эти вопросы не вовлечен**».<sup>57</sup>

В рамках данной работы опрос НКО был организован в ноябре 2016 г. Перед этим был подготовлен специальный опросник о роли, перспективах и факторах деятельности НКО в оказании услуг на местном уровне (приложение 1).

Опросники по электронной почте были высланы всем организациям, представленным в соответствующих разделах баз данных.

Следует отметить, что существующие базы данных имеют серьезные недостатки, связанные с достоверностью данных. Например, как видно на рисунке, наглядная специализированная система поиска организаций гражданского общества, подготовленная МПО Акт, крайне **мала**. Поэтому в основном использовались ресурсы обновляемой, но общей (**мало специализированной**) базы данных allby и базы данных Ассоциации социальных работников belbsi (<http://ru.belbsi.by>), которая была подготовлена несколько лет назад в рамках соответствующего проекта, содержит информацию о 7329 организаций социальной сферы, но **позднее не обновлялась**.

Опросники были высланы в 111 НКО. В течение 3-4 недель ответы получены из 11 НКО<sup>2</sup>. 46 НКО сообщили, что лица с интеллектуальными и/или психическими нарушениями не являются их целевой группой (хотя названия некоторых из этих НКО фигурируют в проектах и деятельности, связанной с данной группой лиц); 23 контакта или каждый пятый были недействительны (ни обращения по электронной почте, ни повторные телефонные звонки не дали результата), 31 НКО обещали ответить на вопросы анкеты, но этого не сделали (приложение 2).

Несмотря на столь обескураживающие результаты, представляем результаты опроса,

---

<sup>2</sup> Также получен ответ из одного ТЦСОН, но его анализ в последующий отчет не включен, поскольку представляет организацию иного типа.

которые во многом совпали с позициями участников структурированных дискуссий.

Рис. 12 Карта организаций гражданского общества по охране здоровья и защите интересов (МПО Акт)



Ответившие на вопросы анкеты НКО включают **организации разных уровней действия**, начиная от сельского района до города, районов и всего г. Минска, а также всей страны. Преобладают столичные НКО. Две НКО отчасти являются «зонтичными» организациями. По результатам опроса почти все НКО оказывали услуги людям с проблемами психического здоровья и/или членам их семей, больше половины было вовлечено в адвокати́рование интересов людей с проблемами психического здоровья и/или членов их семей. Но только одна организация идентифицирует себя как организация людей с проблемами психического здоровья и/или членов их семей, а 3 НКО признают это отчасти. В опроснике были упомянуты основные и необходимые для успешной деинституализации услуги для людей с проблемами психического здоровья и/или членам их семей на уровне местных сообществ. Список услуг определен международными экспертами с учетом

особенностей Восточно-европейского региона.<sup>58</sup>

В структуре оказываемых услуг на уровне местных сообществ НКО:

- **имеют опыт предоставления** многих видов услуг.
- Более всего НКО предоставляют **дружескую помощь добровольцев, персональную помощь, неспециализированные консультации, а также консультации по вопросам трудоустройства.**
- **Адвокаты** оказывают многие НКО и в относительно большом объеме, но это не относится к НКО-респондентам.
- К услугам, которые оказывались в течение недолгого времени или в малом объеме отнесены **кризисное вмешательство и экстренные услуги, бытовая помощь на дому и домашние услуги, услуги доступного жилья и координации услуг, а также услуги коротких передышек.**

По мнению НКО, ТЦСОН **имеют опыт предоставления практически всех услуг**, однако **минимально занимаются координацией/интеграцией услуг**, а также **взаимодействуют с другими профессионалами в оказании помощи**. Домашние услуги и подготовка для посещения учреждений общего назначения в работе ТЦСОН носят **разовый характер**. Более всего в деятельности ТЦСОН представлены **центры дневного пребывания, а также консультации по вопросам трудоустройства и услуги коротких передышек.**

В отличие от ТЦСОН, в спектре возможных услуг ЦКРОиР больше подчеркнуты **программы помощи в тесном взаимодействии с профессионалами, оказание персональной помощи, адвокаты и подготовка для посещения учреждений общего назначения.**

НКО осведомлены о том, что **интернаты стремятся расширить амплитуду услуг**, однако очевидно, что в силу особенностей расположения этих учреждений охват этими услугами местного населения может быть весьма ограниченным.

Важно подчеркнуть, что **инициативы в координации и интеграции услуг, а также во взаимодействии профессионалов в наибольшей мере принадлежат НКО**. Кроме того, именно НКО **уделяют большое внимание персонализированным формам помощи.**

Таблица 6. Структура услуг на уровне местных сообществ

	НКО (респондентские НКО/другие НКО) /		ТЦСОН**	ЦКРОиР**	Интернаты**
	1	5	√	√	√
Персональная помощь	1	5	√	√	√
Консультирование (неспециалистами и/или ровесниками)	4	2	√	√	√
Адвокати́рование на индивидуальном уровне	Больше кратковременное	1	√	√	√
Кризисное вмешательство и экстренные услуги	Больше кратковременное		√	√	√
Короткие перерывы		=	√	√	√
Дружеская помощь добровольцев	1	3			√
Помощь на дому и домашние услуги					√
Подготовка для посещения учреждений общего назначения	6	6	√	√	√
Консультации по вопросам трудоустройства	3	4	√		√
Программы помощи в тесном взаимодействии с профессионалами	2	6	√		√
Центры дневного пребывания	5	7	√		
Доступное жилье	=	9	√		√
Координация или интеграция услуг	Больше кратковременное	9	√		√

\* Услуги, которые предоставляет относительно большое число НКО и в большем объеме занимают первые места в ранжировании, другие услуги получили более отдаленные от первого места.

\*\* Размер «галочки» пропорционально отражает относительный масштаб участия.

Эти приоритеты отражают и ответы на вопрос о **наиболее требуемых услугах** на уровне местных сообществ. В порядке убывания приоритетности перечисляются:

- **персональная помощь;**

- адвокатирование на индивидуальном уровне;
- доступное жилье;
- программы помощи в тесном взаимодействии с профессионалами.

Далее, важными упомянуты **помощь на дому и координация/интеграция услуг.**

НКО стремятся оказывать **персональную помощь и участвовать в программах помощи вместе с профессионалами, далее следуют адвокатирование и работа центров дневного пребывания, а также усиление роли в координации/интеграции услуг.** Частично это соотносится с имеющимся опытом в организации досуга и сопровождения,

Несмотря на имеющийся опыт деятельности, НКО **стремились бы к иным, нежели консультирование неспециалистами, подготовки для посещения учреждений общего назначения, услуг коротких передышек.**

**Практически нет НКО, которые могли бы предоставлять доступное жилье.**

Во многом эта картина отражает проблемы обеспеченности ресурсами в деятельности НКО:

- Подавляющему большинству организаций **очень требуются приспособленные помещения** и многим необходимы **транспортные средства.**
- Остро стоит вопрос наличия (и выбывания) **работников.** Почти всем очень нужны социальные работники и добровольцы. Также очень нужны психологи и социальные педагоги. Ощущается значительная нехватка менеджеров, даже административных работников. В некоторой степени медицинские работники нужны половине НКО. Среди иных требуемых специальностей упомянуты юристы и врачи.
- Практически всем НКО требуется **обучение.** Далее, в убывающем значении, необходима **конфиденциальная помощь более опытных профессионалов и методическая помощь.** **Доступность информации** также важна, но в меньшей степени.

**Решающие условия деятельности НКО** в убывающем по значению порядке разместились по группам следующим образом:

1. Стабильность финансирования;
2. Сотрудничество с другими общественными организациями;
3. Координация с государственными учреждениями, государственный заказ на оказание услуг и возможность планирования работы на длительный срок (до 5-ти лет);
4. Поддержка инновационных инициатив, изменение списка и условий оказания возможных услуг, а также участие людей с проблемами психического здоровья;

## 5. Независимая экспертная оценка.

Попытка проанализировать основные проблемы в увеличении числа самостоятельно проживающих людей, страдающих нарушениями психического здоровья, показала, что мнения об основных факторах, мешающих институционализации, значительно разнятся. Были упомянуты практически все проблемы и их значительность так, что практически все проблемы являются существенными. Однако с точки зрения возвращения людей из учреждений интернатного типа мнения более отчетливо сгруппировались (см. таблицу 7). Хотя опять же были упомянуты все проблемы, но наиболее острым (в порядке убывания) из них удалось присвоить первые места.

*Таблица 7. Основные проблемы в увеличении числа самостоятельно проживающих людей с проблемами психического здоровья*

Проблема	С точки зрения превенции институционализации	В перспективе возвращения людей из учреждений интернатного типа
Отсутствие планов деинституализации	1	
Стигма и недостаточная осведомленность местных сообществ	1	1
Правовые вопросы (например, дееспособность)	1	2
Пассивность людей с проблемами психического здоровья	1	
Недостаточная компетентность работающих на уровне общин специалистов	1	
Ограниченный спектр услуг на местах	1	5
Недостаточная осведомленность членов семей	1	
Отсутствие жилья	2	3
Недостаточная осведомленность работников СМИ	2	
Заинтересованность учреждений интернатного типа	2	4
Малый объем и спектр услуг членам семьи	2	
Отсутствие индивидуального подхода в оказании услуг		
Сложности трудоустройства		4

Таким образом, стигма и недостаточная осведомленность местных сообществ, как и малая осведомленность членов семей людей, страдающих нарушениями психики, а также проблемы в решении правовых вопросов и обеспеченности жильем являются наиважнейшими препятствиями на пути деинституализации.



## *Рекомендации по деинституализации и развитию услуг на уровне местных сообществ людям с интеллектуальными и /или психическими расстройствами*

Важнейшим условием деинституализации являются изменения в регулировании вопросов психической дееспособности и правоспособности, что напрямую могло бы помочь в сохранении/приобретении жилья для самостоятельного проживания.

Выражение политической воли, создание концепции и плана деинституализации могут дать серьезный толчок в улучшении предоставления услуг лицам с интеллектуальными и/или психическими нарушениями.

Необходима широкая и интенсивная работа в улучшении осведомленности государственных служащих и специалистов о проблемах и возможностях самостоятельного проживания людей с интеллектуальными и/или психическими нарушениями, а также по преодолению стигматизации этих людей в местных сообществах.

Роль близких человека с интеллектуальными и/или психическими нарушениями в предотвращении институционализации трудно переоценить, поэтому крайне полезна существенная поддержка людям, оказывающим «неформальную поддержку».

НКО могут служить бесценным ресурсом для улучшения положения людей с интеллектуальными и/или психическими нарушениями, обуславливая синергетический эффект в дополнении усилий государственных поставщиков услуг инновационными, индивидуализированными и интегрированными подходами к оказанию услуг на уровне местных сообществ. Однако это предполагает лучшее понимание возможностей и преимуществ «третьего сектора», увеличение средств и целевое назначение государственного социального заказа, иных стимулирующих мер, таких как предоставление помещений и обучение.

## *Пример деинституализации в Кобринском районе Брестской области*

Информация об опыте развития услуг в Кобринском районе Брестской области представлена на основе доступных публикаций, среди которых Деинституализация в Республике Беларусь<sup>59</sup> и материалов международной конференции по деинституализации<sup>60</sup>, а также рассказов представителей поставщиков социальных услуг г. Кобрина.

1. Инициативы жителей Кобринского района Брестской области оказали **существенное влияние на развитие услуг на уровне местного сообщества** людям с интеллектуальными и /или психическими расстройствами.

Например, расширение спектра услуг Кобринского ТЦСОН стимулировало предоставление услуг людям с интеллектуальными и/или психическими нарушениями в Беларуси.

Кобринский ТЦСОН оказывал типичные услуги в рамках правового регулирования деятельности ТЦСОН. Учитывая потребности, было открыто второе отделение дневного пребывания для выпускников ЦКРОиР, выделены два помещения. Цель деятельности **отделения дневного пребывания и сопровождаемого проживания** - оказание содействия в социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации инвалидов, в том числе выпускников центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации системы Министерства образования Республики Беларусь в условиях дневного пребывания в отделении.

Однако в соответствии с перечнем противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания в январе 2014 г. в этих услугах людям с инвалидностью в случае множественных нарушений было отказано на основании постановления Министерства труда и социальной защиты и Министерства здравоохранения, где тяжелые множественные нарушения у людей с инвалидностью были признаны противопоказанием для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания.

НКО ОО БелАПДТиМИ совместно с родителями реализовали проект «Я есть» для информирования общества (билборд, фильм для местного телевидения, широкая информация в школах, на предприятиях, в организациях о проблеме инвалидности). Также были приложены значительные усилия для изменения позиции государственных служащих<sup>61</sup>.

В 2015 г. правовая ситуация изменилась в лучшую сторону (см. вставку 9).

Вставка 9.

### Изменение регулирования оказания социальных услуг

Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 12.05.2015 года № 32 внесены изменения в Постановление от 10 января 2013 г. N 4 «Об установлении примерных нормативов численности работников территориального центра социального обслуживания населения и центра социального обслуживания семьи и детей (социальной помощи семье и детям)». Результатом таких нововведений стало, в частности, увеличение количества работников отделений дневного пребывания.

На сегодняшний день утверждены следующие нормативы численности работников отделения дневного пребывания для инвалидов в среднегодовом исчислении не менее 20 человек (по 1 штатной единице заведующего отделением и специалиста по социальной работе, по 0,5 штатной единицы инструктора по трудовой терапии, руководителя кружка (в расчете на кружок) и младшей медицинской сестры, а также уборщика).

Кроме того, введена **дополнительная нормативная численность работников при оказании услуг лицам с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями:**

	Численность лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями (чел.)				
	4	8	12	16	20
	Нормативная численность работников из расчета				
Специалист по социальной работе или инструктор-методист физической реабилитации	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Младшая медицинская сестра по уходу за больными или сиделка	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5

Был осуществлен проект «Мой второй дом» совместно с ТЦСОН, привлечены спонсорские средства, установлены пандус, поручни, переоборудован санузел, в отделении установлены передвижные подъемники, противопролежневая кровать, массажное кресло, оборудована сенсорная комната, также приобретен микроавтобус с автоподъемником. Теперь микроавтобус с сопровождающим доставляет молодых людей в отделение и обратно.

Это отделение дневного пребывания для людей с тяжелыми нарушениями развития посещают 9 человек, из них шестеро требуют постоянного ухода.

### 2. Была создана комплексная **бригада независимого проживания.**

В состав бригады вошли представители местного Комитета по труду, занятости и социальной защите, специалисты ТЦСОН, специалисты ЦКРОиР для детей, представители спецшколы для

слабослышащих детей, представители общественных организаций и специалисты расположенного в Кобрине психоневрологического интерната.

Работа осуществлялась совместно просветительским правозащитным учреждением «Офис по правам людей с инвалидностью».

Целью работы бригады являлось формирование устойчивого ресурса (агента) по созданию условий для независимого проживания на охваченной территории лиц с инвалидностью.

Среди задач — меры профилактики «ухода» в интернат особо уязвимых лиц, а также попытка «выхода из интерната» ряда жильцов, подходящих для этого. Бригада в таком составе была создана впервые, поэтому для ее коллективной компетенции был запланирован и проведен **ряд тренингов**. В частности, тренинг по формированию командной и взаимодополняющей работы, тренинги по овладению методиками картирования услуг, методиками и технологиями предупреждения институционально-ориентированных ситуаций, новыми и инновационными методами по работе с клиентом. Проведен ряд выездных тренингов, в частности в интернат, освоены инновационные методы выявления потребностей клиента. В результате из 15 первоначальных участников сложилась бригада независимого проживания в составе 8–10 человек.

За полтора года осуществлено изучение и картирование услуг, организована активная работа по информированию местного сообщества, проведен целый ряд изменений в работе самих организаций.

**3. Обучающие семинары для специалистов** по вопросам включения людей с инвалидностью в общество, изучение зарубежного опыта позволили изменить стратегию социальной работы в регионе в пользу деинституализации, преодолеть барьеры в сознании специалистов и родственников, и создать конструктивное партнерство.

### **3. Картирование услуг в местном сообществе**

Координация и интегрирование услуг, тем более гарантирование непрерывности помощи, требует достоверной и полной информации о наличии услуг, условиях их предоставления и пр.

Созданная неформальная бригада независимого проживания при поддержке ППУ «Офиса по правам людей с инвалидностью» попробовала систематически собирать информацию об услугах, предоставляемых в местном сообществе. Было выявлено и картировано около 200 услуг. Это отнюдь не полный перечень возможных услуг, однако, и он является хорошим подспорьем в работе социальных служб и организаций.

4. Среди новаций Кобринского ТЦСОН — **услуга социального патроната** (сопровождение граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации), а также социально-реабилитационные услуги (комплекс мероприятий по улучшению качества жизни граждан, в том числе посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество). Предоставляются услуги **сопровождаемого проживания инвалидам** в адаптации к условиям быта и трудовой деятельности, в подготовке к самостоятельной жизни вне стационарных учреждений, а также дальнейшее их сопровождение.

5. Кобринский ТЦСОН ищет пути **расширить охват услугами** нуждающегося в поддержке населения.

Увеличилась потребность в квалифицированной медико-социальной помощи на дому с участием медицинского персонала, но данная задача не входит в компетенцию Кобринского ТЦСОН в силу его уставной деятельности.

Для решения возникшей проблемы в рамках государственного социального заказа намечено привлечение негосударственных некоммерческих организаций к оказанию социальных услуг. В сентябре 2016 г. Управлением по труду, занятости и социальной защите Кобринского райисполкома на сайте [www.icetrade.by](http://www.icetrade.by) поместил процедуру закупки и медико-социальных и социально-бытовых услуг у негосударственных некоммерческих организаций.

Кроме того, для реализации данной инициативы управлением создается банк данных медицинских сестер милосердия для оказания квалифицированной медико-социальной помощи на дому нуждающимся гражданам, а также оказания социально-бытовых услуг для **граждан, у которых имеются противопоказания** для обслуживания Кобринским ТЦСОН.

5. Кобринским домом-интернатом открыто **отделение сопровождаемого проживания**, предоставляется новый вид социальных услуг — **кратковременный (до месяца) круглосуточный уход за инвалидами**.

6. В Кобринском доме-интернате впервые апробирована **модель реализации индивидуальной программы реабилитации**, опирающаяся на местные социальные услуги. В результате длительной работы собран ценный опыт в отношении 3 проживающих в Кобринском доме-интернате лиц. Для этого проекта потребовалось привлечение дополнительных трудовых ресурсов, в частности, социального педагога.

7. В Кобринском доме-интернате планируется **изменение условий проживания постояльцев**. В рамках государственной программы в 2017-2018 гг. намечена реконструкция комплекса зданий. Параллельно интернат стремится создать возможность для постепенно возрастающей части жильцов проживать в условиях, приближающих их возвращение к самостоятельной жизни.

## *Summary*

Feasibility Study on development of community-based services for people who have intellectual and/or psychosocial disabilities in Belarus was conducted as activity No. 2.2. of the EU funded project „De-institutionalization as an opportunity to promote Human Rights of People with Intellectual and/or Psychosocial Disabilities in Belarus“ (Ref. No. NEAR-TS/2015/365-188) in September-November 2016. The study employed analysis of both the secondary data covering available publications and statistics, as well as primary data collected through structured discussions with and written survey of representatives of NGOs; a total of 11 NGOs completed the questionnaire on the role, experience, priorities, gaps and needs of NGOs in the field of community-based services.

Mapping of services reveals a dominance of networks of the state inpatient providers both in health and social sectors. Nevertheless, some steps in expanding outpatient specialist mental health services in parallel to establishment of two outpatient networks of providers in areas of social services and education, resulted in recent developments in services provision on the local level. However, services addressing people with intellectual and/or psychosocial disabilities are of low priority, people with intellectual and/or psychosocial disabilities are still discriminated against in terms of their ability to access mainstream services; and together with fragmented activities of NGOs they struggle to assure proper base for deinstitutionalisation. Moreover, legal arrangements, primarily, those related to legal capacity, are still one of the most significant drivers towards institutionalization of people with intellectual and/or psychosocial disabilities. Furthermore, there is no attempt to close any institutions; otherwise, significant investments into inpatient infrastructure are/will continue to be done inevitably leading to allocative inefficiency. At the same time, not so generous but sustainable support to informal caregivers could potentially prevent institutionalization significantly.

The role of NGOs in provision of community-based services is currently limited, partially due to the lack of resources and sustainable sources of financing. However, NGOs could share success stories in the field. Thus, their efforts in addition to the State provided services could create synergy effects due to innovative, integrated, personalised and human rights based approaches applied.

## Ссылки

<sup>1</sup> Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 №349-З "Об оказании психиатрической помощи"  
<http://pravo.newsby.org/belarus/zakon0/z168.htm>

<sup>2</sup> Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»

<sup>3</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 19 июля 2012 г. № 110 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями»

<sup>4</sup> Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(5):1–118.

<sup>5</sup> Откровенное интервью с директором республиканской психиатрической больницы.  
<http://news.tut.by/society/359525.html> 2013

<sup>6</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 15 августа 2012 г. № 126 «Об утверждении Инструкции о порядке оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи»

<sup>7</sup> Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами». 2010

<sup>8</sup>  
<sup>9</sup> Интервью директора Республиканского научно-практического центра психического здоровья Александр Старцева, <https://vkurier.by/17163>

<sup>10</sup> Zero Report. Minsk 20167

<sup>11</sup> Эксперт: в Беларуси нет системы реабилитации людей с психическими заболеваниями. 2016.  
[http://naviny.by/rubrics/society/2016/05/05/ic\\_news\\_116\\_474588](http://naviny.by/rubrics/society/2016/05/05/ic_news_116_474588)

<sup>12</sup> ОО «Белорусская ассоциация социальных работников», ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов». Информационный бюллетень «Социальная поддержка людей с психическими заболеваниями. Май 2016 г.

<sup>13</sup> Учреждение «Научно-Исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» «Исследование положения инвалидов в Республике Беларусь». Минск, 2010

<sup>14</sup> Устранит ли очередь в психоневрологические интернаты материальная ответственность родственников?  
<http://news.tut.by/society/388611.html>

<sup>15</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27.12.2012 № 1218

<sup>16</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики»

<sup>17</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 8 июня 2001 г. № 858 «Об утверждении Перечня бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых государственными учреждениями социального обслуживания системы Министерства труда и социальной защиты в соответствии с их профилем, и Положения о порядке и условиях предоставления социальных услуг государственными учреждениями социального обслуживания системы Министерства труда и социальной защиты» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 58, 5/6182; 2002 г., № 57, 5/10458)

<sup>18</sup> [http://trud.grodno-region.by/dfiles/000719\\_52032\\_\\_ekspertnoj\\_rabochej\\_gruppy\\_BUKLET.doc](http://trud.grodno-region.by/dfiles/000719_52032__ekspertnoj_rabochej_gruppy_BUKLET.doc)

<sup>19</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты, Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2013 № 3/4, подпункты 2.1-2.7 пункта 2 данного Положения.

<sup>20</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 23.06.2016 № 29 «Об установлении норм времени на оказание социальных услуг, предоставляемых территориальными центрами социального обслуживания населения»



---

<sup>21</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 08.06.2011 № 738 «О проведении эксперимента по внедрению новых форм социального обслуживания и предоставлению социальных услуг»

<sup>22</sup> <http://www.zav.minsk.gov.by/news/2353-utverzhdjen-plan-meropriyatij-po-realizatsii-v-2016-godu-gosprogrammy-o-sotszashchite-i-sodejstvii-zanyatosti-naseleniya-na-2016-2020-gg-v-minske>

<sup>П</sup> постановление Министерства образования Республики Беларусь от 16 декабря 2004 г. № 74 «О внесении изменений и дополнений в примерное положение О центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации»

<sup>24</sup> Постановление Министерства образования Республики Беларусь от 16.08.2011 № 233 «Об утверждении Положения о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации»

<sup>25</sup> Методические рекомендации утверждены 29.10.2013 Заместителем Министерства образования и Заместителем Министра труда и социальной защиты Республики Беларусь

<sup>26</sup> Положение о порядке, особенностях и основаниях предоставления гражданам специальных жилых помещений государственного жилищного фонда

<sup>27</sup> Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011-2015 годы, утверждена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29.07.2010 № 1126

<sup>29</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 73 от 30.01.2016

<sup>30</sup> Там же

<sup>31</sup> Замечание общего порядка № 1 (2014) по статье 12: Равенство перед законом

<sup>32</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь № 13 от 16.12.2004 «О практике рассмотрения судами дел о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным, а также о признании гражданина дееспособным либо об отмене ограничения дееспособности»

<sup>33</sup> Постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь № 13 от 16.12.2004 «О практике рассмотрения судами дел о признании гражданина ограниченно дееспособным или недееспособным, а также о признании гражданина дееспособным либо об отмене ограничения дееспособности»

<sup>34</sup> Приказ Комитета по здравоохранению Мингорисполкома № 137 от 01.03.2012

<sup>35</sup> Ст.28 Конституции Республики Беларусь

<sup>36</sup> Постановление МВД, Министерства здравоохранения РБ от 27.08.2003 № 202/39

<sup>37</sup> Приказ Министерства социальной защиты Республики Беларусь от 08.05.1997 № 38

<sup>38</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 10.01.2013 №6

<sup>39</sup> Приняты резолюцией 64/142 Генеральной Ассамблеи от 24.02.2010

<sup>40</sup> Приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи от 17.12.1991

<sup>41</sup> Приняты резолюцией 64/142 Генеральной Ассамблеи от 24.02.2010

<sup>42</sup> Постановление Министерства образования и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 28.06.2011 № 48/55

<sup>43</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 49 от 17.04.2006

<sup>44</sup> Закон Республики Беларусь «Об обращениях граждан и юридических лиц»

<sup>45</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 26.12.2003 № 160 «Об утверждении примерных форм договоров об условиях платного содержания в доме-интернате для престарелых и инвалидов»

<sup>46</sup> Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи»

Статья 25. Оказание психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), в стационарных учреждениях социального обслуживания

<sup>47</sup> Постановление Минтруда и соцзащиты № 22 от 31.03.2015 «О некоторых вопросах использования средств семейного капитала»

<sup>48</sup> Статья 6 закона «Об общественных объединениях» и статья 38 закона «О социальной защите инвалидов»

<sup>49</sup> Статьи 30, 31 Закона Республики Беларусь от 22.05.2000 № 395-3 «О социальном обслуживании»

<sup>50</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19.02.2013 № 117 «Об утверждении перечня социальных услуг, оказываемых негосударственными некоммерческими организациями в форме стационарного социального обслуживания, государственными организациями (их структурными подразделениями), обороты по реализации которых на территории Республики Беларусь освобождаются от налога на добавленную стоимость»

<sup>51</sup> <http://m.belta.by/society/view/v-belarusi-v-2015-godu-zakljucheno-46-dogovorov-na-vypolnenie-gosudarstvennogo-sotszakaza-179497-2016/>

---

<sup>52</sup> [http://trud.grodno-region.by/ru/terr\\_centry](http://trud.grodno-region.by/ru/terr_centry)

<sup>53</sup> <http://www.interfax.by/article/97964>

<sup>54</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь 8 июня 2001 г. № 858 «Об утверждении Перечня бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых государственными учреждениями социального обслуживания системы органов по труду, занятости и социальной защите в соответствии с их профилем и Положения о порядке и условиях предоставления социальных услуг государственными учреждениями социального обслуживания системы органов по труду, занятости и социальной защите

<sup>55</sup> <http://belsmi.by/archive/article/5631>

<sup>56</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 17 сентября 2007 г. № 114 Об утверждении Примерного положения о территориальном центре социального обслуживания населения

<sup>57</sup> Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(5):1–118.

<sup>58</sup> Европейская экспертная группа по переходу от институциональной системы ухода к системе ухода на уровне громады, Общеввропейское руководство по переходу от институциональной системы ухода к системе, ухода на уровне громады ноябрь 2012. <http://www.deinstitutionalisationguide.eu/>

<sup>59</sup> Деинституализация в Республике Беларусь: подходы и рекомендации / С.Е. Дроздовский. — Минск, 2016. — 96 с.

<sup>60</sup> Деинституализация: мировой опыт и путь для Беларуси. Материалы международной конференции (Минск, 23 сентября 2015 года)

<sup>61</sup> Если ты меня не видишь - это не значит, что меня нет! / редкол.: Бенъямин Браун [и др.], под общ. ред. Е. Г. Титовой. - Минск : А.Н. Вараксин, 2015. - 32 с. : ил. - (Серия «Обычные люди»).