

Приказ Министра здравоохранения РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020

Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

В соответствии со статьей 138 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу:

1) приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 13404, опубликован 30 марта 2016 года в информационно-правовой системе «Әділет»);

2) приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-17 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95 «Об утверждении Стандарта оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан» и о признании некоторых приказов утратившими силу» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17632, опубликован 2 ноября 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан).

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об

исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1 и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения Республики Казахстан

А. Цой

Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 30 ноября 2020 года
№ ҚР ДСМ-224/2020

Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии со статьей 138 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) и устанавливает требования и правила к процессам организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья.

2. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) группа динамического наблюдения – распределение пациентов на группы, определяющие тактику врача при выборе диагностических и лечебных мероприятий;

2) медико-социальная помощь – это медицинская и социально-психологическая помощь, оказываемая лицам с социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным органом;

3) медико-социальная помощь в области психического здоровья – это медицинская и социально-психологическая помощь, оказываемая лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) (далее – ППР);

4) медико-социальная реабилитация – комплекс мер по восстановлению здоровья больных и инвалидов с использованием медицинских, социальных и трудовых мероприятий для приобщения к работе, включения в семейную и общественную жизнь;

5) психоактивные вещества (далее – ПАВ) – вещества синтетического или природного происхождения (алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, другие одурманивающие вещества),

которые при однократном приеме оказывают воздействие на психические и физические функции, поведение человека, а при длительном употреблении вызывают психическую и физическую зависимость;

6) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

7) риск совершения суицида – вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни, с летальным исходом;

8) факторы риска совершения суицида – обстоятельства, влияющие на вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни с летальным исходом;

9) статистический учет – регистрация и сохранение в электронной информационной системе сведений о лице с ППР, не подлежащего динамическому наблюдению;

10) индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР – комплекс мероприятий, включающий в себя конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитации;

11) мультидисциплинарная группа – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

12) близкое окружение – лица, проживающие и (или) находящиеся в непосредственном контакте с лицом, которому оказываются дистанционные медицинские услуги;

13) заявитель – лицо, которому оказывается дистанционная медицинская услуга.

Глава 2. Структура организаций, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

3. К организациям, оказывающим медико-социальную помощь в области психического здоровья, относятся:

1) на районном уровне:

врачебная амбулатория;

центр первичной медико-санитарной помощи; районная поликлиника;

номерная районная поликлиника;

многопрофильная межрайонная больница;

2) на городском уровне:

врачебная амбулатория;

центр первичной медико-санитарной помощи; городская поликлиника;

первичный центр психического здоровья (далее – ПЦПЗ);

центр психического здоровья (далее – ЦПЗ);

многопрофильная городская больница;

3) на областном уровне: ЦПЗ;

многопрофильная областная больница;

4) республиканский научно-практический центр психического здоровья (далее – РНПЦПЗ) и психиатрическая организация специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее - ПОСТИН).

4. Негосударственный сектор здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь в области психического здоровья, состоит из организаций здравоохранения, основанных на праве частной собственности, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

5. В организации, оказывающей медико-социальную помощь в области психического здоровья, создаются структурные подразделения, наименования и перечень которых зависит от потребностей и задач, стоящих перед ними:

стационарные клинические отделения (профильность которых определяется по возрасту, виду оказываемой помощи, гендеру, клиническим проявлениям психических, поведенческих расстройств (заболеваний) и нозологическим группам, по принципу добровольности и принудительности госпитализации, и другие);

реабилитационные подразделения (в структуре которых создаются лечебно-трудовые мастерские, учебные классы, студии, спортивные секции, подсобные хозяйства и другое);

отделение (палата) реанимации и (или) интенсивной терапии; стационарозамещающие подразделения;

подразделения, оказывающие помощь на дому;

подразделения для оказания дистанционных медицинских услуг; скорая специализированная психиатрическая помощь;

кабинет круглосуточного освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения;

кабинет предоставления поддерживающей терапии агонистами опиоидов (далее – кабинет ПТАО);

центр временной адаптации и детоксикации (далее – ЦВАД); общеклинический отдел;

диагностические подразделения (лабораторные, инструментальные);
психологическая лаборатория;

информационно-аналитический мониторинговый центр;

иные структурные подразделения, в соответствии с задачами организации, а также подразделения необходимые для обеспечения жизнедеятельности организации.

6. В ПОСТИН создаются структурные подразделения наименования и перечень которых зависит от потребностей и задач, стоящих перед организацией:

стационарные клинические отделения (режимно-диагностическое отделение, отделения с интенсивным наблюдением, отделения специализированного типа, отделение с сопутствующей тяжелой соматической патологией и другие);

подразделения медико-социальной реабилитации (в структуре которых создаются лечебно-трудоустроенные мастерские, учебные классы, студии, спортивные секции, подсобные хозяйства и другое);

отделение (палата) реанимации и (или) интенсивной терапии; подразделение для оказания дистанционных медицинских услуг;

общеклинический отдел;

диагностические подразделения (лабораторные, инструментальные);
психологическая лаборатория;

информационно-аналитический мониторинговый центр;

иные структурные подразделения, в соответствии с задачами организации, а также подразделения необходимые для обеспечения жизнедеятельности организации.

Глава 3. Основные задачи и направления деятельности организаций, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

7. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая во врачебной амбулатории, центре первичной медико-санитарной помощи, районной поликлинике, номерной районной поликлинике, городской поликлинике, не имеющим в своем составе КПЗ или ПЦПЗ, предусматривает следующие задачи:

1) выявление лиц с ППР и при необходимости направление их в кабинет психического здоровья (далее – КПЗ) ПЦПЗ либо в ЦПЗ;

2) диагностика заболеваний, лечение лиц с диагнозами ППР по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10), входящие в компетенцию врача ПМСП согласно приложению 1 к настоящему Стандарту;

3) первичная профилактика ППР среди населения с формированием групп риска развития ППР.

8. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая районной поликлинике, номерной районной поликлинике, городской поликлинике имеющей в своем составе КПЗ предусматривает следующие задачи:

1) координация, мониторинг и анализ оказания медико-социальной помощи лицам с ППР на обслуживаемой территории, и при наличии закрепленной сельской территории;

2) проведение приема, консультации лиц, обращающихся за специализированной помощью и при необходимости - направление их в ПЦПЗ, ЦПЗ или в РНПЦПЗ;

3) диагностика заболеваний, лечение лиц с ППР, осуществление динамического наблюдения лиц с ППР, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического наблюдения;

4) постановка на учет лиц с ППР;

5) вторичная и третичная профилактика заболеваний ППР;

6) реализация мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с ППР;

7) реализация мероприятий по снижению общественно-опасных действий лиц с ППР;

8) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

9) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом ППР;

10) осуществление консультации и патронажа на дому;

11) консультативная помощь врачам первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР;

12) экспертиза временной нетрудоспособности пациентов;

13) выдача заключений, справок о психическом состоянии лица и (или) о нахождении на учете для оказания динамического наблюдения, по соответствующим запросам согласно действующему законодательству;

14) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу, принудительное лечение лиц, с зависимостью от ПАВ;

15) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с ППР на обслуживаемой территории;

16) реализация мероприятий по повышению информированности населения в вопросах психического здоровья;

17) обеспечение взаимодействия и преемственности амбулаторной и стационарной помощи.

9. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в городской поликлинике, имеющей в своем составе ПЦПЗ, предусматривает задачи, указанные в пункте 8 настоящего Стандарта, а также:

1) оказание психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с ППР;

2) оказание медико-социальной помощи лицам с ППР, проживающих в сельской местности по направлению врачей КПЗ, при наличии закреплённой сельской территории.

10. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в ЦПЗ, предусматривает следующие основные задачи:

1) координация, мониторинг, анализ организационной, профилактической, лечебно-диагностической деятельности и развития службы охраны психического здоровья соответствующего региона;

2) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной, реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с ППР;

3) организация консультаций и направление лиц, обращающихся за специализированной помощью в РНПЦПЗ;

4) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с ППР;

5) обеспечение взаимодействия и преемственности при предоставлении стационарной и амбулаторной помощи;

6) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную, поддерживающую (в том числе агонистами опиоидов) терапию лиц, зависимых от ПАВ;

7) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом ППР;

8) консультативная помощь врачам ПЦПЗ, ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР;

9) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;

10) экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с ППР;

11) выдача заключений, справок о психическом состоянии лица по соответствующим запросам согласно действующему законодательству;

12) организация информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством всех имеющихся способов коммуникаций на региональном уровне.

11. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в многопрофильной межрайонной больнице предусматривает следующие задачи:

1) организация консультаций и направление лиц в ЦПЗ, обращающихся за специализированной помощью;

2) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с ППР;

3) обеспечение взаимодействия и преемственности при предоставлении стационарной и амбулаторной помощи;

4) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную, поддерживающую (в том числе агонистами опиоидов) терапию лиц, зависимых от ПАВ;

5) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом ППР;

6) консультативная помощь врачам ПЦПЗ, ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР;

7) экспертиза временной нетрудоспособности больных с ППР.

12. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в РНПЦПЗ предусматривает следующие задачи:

1) координация, мониторинг, анализ научной, организационной, профилактической и лечебно-диагностической деятельности, участие в разработке проектов законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам охраны психического здоровья;

2) проведение, участие в исследованиях, разработка и внедрение мер, новых методов и методик, направленных на укрепление психического здоровья, повышение качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с ППР, на региональном, республиканском и международном уровнях;

- 3) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной, реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с ППР;
- 4) образовательная деятельность по вопросам охраны психического здоровья;
- 5) консультативная помощь врачам ЦПЗ, ПЦПЗ, ПМСП, иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР;
- 6) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;
- 7) экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с ППР;
- 8) выдача заключений, справок о психическом состоянии лица, по соответствующим запросам согласно действующему законодательству;
- 9) организация информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством коммуникаций на региональном, республиканском и международном уровнях;
- 10) разработка, издание и реализация аудиовизуальной и электронно-информационной продукции для населения и отдельных групп, в том числе профессиональных - по вопросам в области психического здоровья;
- 11) взаимодействие, научное и научно-техническое сотрудничество с организациями, в том числе международными по вопросам охраны психического здоровья.

13. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в ПОСТИН, предусматривает следующие задачи:

- 1) координация, мониторинг и анализ осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих ППР, совершивших общественно опасные деяния;
- 2) осуществление принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в отношении лиц, страдающих ППР, совершивших общественно опасные деяния;
- 3) оказание специальных социальных услуг.

14. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в стационарных отделениях предусматривает:

- 1) предоставление специализированной психиатрической (наркологической, психотерапевтической, медико-психологической и медико-социальной) помощи населению в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;
- 2) вторичную и третичную профилактику заболеваний ППР; 3) реали

зацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с ППР;

4) реализацию мероприятий по снижению общественно-опасных действий лиц с ППР;

5) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья;

6) достижение терапевтической ремиссии для проведения трудовой терапии и ресоциализации лиц, страдающих ППР;

7) трудовую терапию и ресоциализацию лиц с ППР;

8) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

9) обеспечение взаимодействия и преемственности стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных подразделений;

10) анализ эффективности оказываемой медико-социальной помощи в стационарных условиях.

15. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в общеклиническом отделе предусматривает:

1) оказание консультативно-диагностической медико-социальной помощи;

2) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с ППР;

3) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья, здорового образа жизни.

16. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая скорой специализированной психиатрической бригадой предусматривает:

1) проведение психиатрического освидетельствования и оказание скорой специализированной психиатрической помощи во всех случаях, когда психическое состояние пациента требует безотлагательных медицинских мер, включая решение вопроса о применении лекарственной терапии;

2) транспортировку лиц с ППР в медицинские организации, оказывающие профильную круглосуточную помощь по направлениям врачей - психиатров (наркологов).

17. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в стационарозамещающих условиях, предусматривает:

1) лечение лиц с обострениями или декомпенсацией ППР, нуждающихся в активной терапии, проведении комплекса лечебно-восстановительных

мероприятий и не нуждающихся в круглосуточном стационарном наблюдении;

2) долечивание пациентов, получивших основной курс лечения в круглосуточном стационаре, и нуждающихся в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке;

3) оказание пациентам социально-правовой помощи, урегулирование трудовых бытовых вопросов;

4) оказание медико-социальной помощи лицам с ППР, при целесообразности по медицинским показаниям нахождения пациентов в условиях привычной микросоциальной среды;

5) экспертизу временной нетрудоспособности пациентов;

6) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с ППР;

7) обеспечение взаимодействия и преемственности помощи в стационарозамещающих, стационарных и амбулаторных условиях;

8) внедрение новых организационных форм, клинически эффективных и безопасных методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с ППР.

18. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в ЦВАД предусматривает:

1) определение степеней опьянения (интоксикации), вызванных употреблением ПАВ;

2) принятие решения о необходимости помещения или об отказе в помещении в ЦВАД;

3) оказание медико-социальной помощи лицам, находящимся в состоянии средней степени опьянения (интоксикации) от алкоголя;

4) мотивацию на прохождение программы медико-социальной реабилитации лиц, которым в процессе оказания помощи выставлен диагноз сформированной зависимости от ПАВ;

5) организацию преемственности оказания медико-социальной помощи.

19. Деятельность отделения медико-социальной реабилитации лиц с ППР и отделения социальной реабилитации зависимостей предусматривает:

1) социализацию и трудовую реабилитацию лиц с ППР;

2) содействие в трудоустройстве и овладении лицами с ППР новой профессии на предприятии или в учреждении социального обеспечения;

3) организацию любого вида трудовой деятельности, за исключением отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности, в соответствии с законодательством.

20. Товары и услуги, производимые в процессе медико-социальной реабилитации лиц с ППР и медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, реализуются организацией, оказывающей медико-социальную помощь в области психического здоровья.

21. Деятельность кабинета медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения предусматривает:

- 1) круглосуточное медицинское освидетельствование для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения;
- 2) выдачу заключения по результатам освидетельствования установленного образца;
- 3) ведение медицинской документации.

22. Медико-социальная помощь лицам с ППР в кабинете анонимного лечения предусматривает:

- 1) оказание специализированной медико-социальной помощи в амбулаторных условиях лицам с ППР, за исключением лиц, страдающих хроническим или затяжным расстройством с тяжелыми, стойкими, часто обостряющимися болезненными проявлениями в соответствии с клиническими протоколами;
- 2) проведение анализа эффективности оказываемой медико-социальной помощи.

23. Медико-социальная помощь лицам с ППР, оказываемая в кабинете ПТАО предусматривает:

- 1) услуги по программе поддерживающей терапии агонистами опиоидов, включающей выдачу препаратов, психосоциальное консультирование в соответствии с утвержденным клиническим протоколом;
- 2) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью;
- 3) снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических средств и психотропных веществ;
- 4) снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;
- 5) увеличение приверженности к антиретровирусной терапии лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией, зависимых от опиоидов.

Показаниями для назначения поддерживающей терапии агонистами опиоидов являются наличие всех основных и одного из дополнительных критериев:

- 1) основные критерии:

диагноз «Опиоидная наркомания (F11.2)»; способность дать информированное согласие; возраст старше 18 лет;

2) дополнительные критерии: установленный диагноз ВИЧ-инфекции; установленный диагноз гепатита В, С, D, G;

подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотических средств не менее 3 лет;

не менее двух госпитализаций в стационар с диагнозом «Опиоидная наркомания (F11.2)»;

беременность.

Глава 4. Порядок организации оказания медико-социальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями)

Параграф 1. Организация оказания медико-социальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров

24. Врач ПМСП, при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи, осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами;

3) устанавливает диагноз и проводит лечебные мероприятия ППР по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), входящие в компетенцию врача ПМСП, согласно приложению 1 к настоящему Стандарту. При подозрении на наличие у лица диагноза ППР по МКБ-10, не входящие в компетенцию, врач ПМСП направляет его в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению;

4) в случае установления диагнозов пограничных ППР, входящих в компетенцию врача ПМСП впервые в текущем году - направление информации в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению о данном пациенте с указанием паспортных данных (фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуальный идентификационный номер (далее – ИИН), адрес проживания), диагноза и даты установления диагноза, для внесения данных в электронную информационную систему (далее – ЭИС) не позднее 5 рабочих дней с момента установления диагноза;

5) при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании несовершеннолетнего, направленного

психологами - проведение мероприятий, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

6) заполнение первичной медицинской документации;

7) проведение сверки с врачом КПЗ или ПЦПЗ по вновь введенным пациентам в ЭИС по учету лиц с ППР, ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

25. Врач психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами;

3) назначение лечения в соответствии с клиническими протоколами (в случае необходимости);

4) проверку в ЭИС по учету лиц с ППР о наличии сведений об обратившемся лице. При первичном установлении диагноза ППР вносит информацию в ЭИС, включая его в группу статистического учета, при установленном ранее диагнозе ППР и отсутствии сведений в указанных ЭИС вносит информацию, а при наличии сведений дополняет;

5) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также прекращении динамического наблюдения в соответствии с пунктом 3 статьи 176 Кодекса;

6) оформление направления на врачебно-консультативную комиссию (далее – ВКК);

7) оформление медицинской документации в отношении лица с ППР, нуждающегося в проведении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10589);

8) оформление документов лиц с ППР, вызванными употреблением ПАВ для направления на принудительное лечение;

9) внесение информации о лице с ППР в ЭИС не позднее 3 рабочих дней после получения извещения от врача ПМСП;

10) осуществление динамического наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического наблюдения, по территориальному прикреплению;

11) направление лиц с подозрением или установленным диагнозом ППР на обследование и (или) лечение в территориальный ЦПЗ или РНПЦПЗ (по показаниям);

12) направление лиц с ППР в организации, оказывающие медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья;

13) ведение первичной медицинской документации;

14) введение данных в ЭИС по учету лиц с ППР;

15) проводит сверку с врачом ПМСП по вновь введенным и состоящим лицам в ЭИС и предоставляет указанную информацию заведующему территориального ПЦПЗ.

26. Врач психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при обращении лица, ранее состоявшего на динамическом наблюдении с ППР, и снятого с учета в ЭИС с указанием причины снятия, кроме «выздоровление, стойкое улучшение», осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами;

3) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также прекращения динамического наблюдения в соответствии с пунктом 3 статьи 176 Кодекса;

4) при отсутствии критериев взятия на динамическое наблюдение, оформление направления на ВКК, для решения вопроса снятия с динамического наблюдения с указанием причины снятия в ЭИС.

27. Врач-психиатр (психотерапевт) ПЦПЗ осуществляет:

1) консультации;

2) ведение учетно-отчетной документации;

3) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

28. Медицинский психолог ПЦПЗ осуществляет:

1) психопрофилактические мероприятия, психологическое консультирование, экспериментально-психологическое обследование и психокоррекцию;

2) информационно-образовательную работу с медицинским персоналом по вопросам психогигиены, эмоционального выгорания;

3) оценку эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;

- 4) ведение учетно-отчетной документации;
- 5) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, первичных и повторных экспериментально-психологических обследованиях, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

29. Социальный работник ПЦПЗ организует социальную помощь лицам с ППР и осуществляет:

- 1) ведение учетно-отчетной документации;
- 2) предоставление ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом заведующему территориального ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество оказанных социально-правовых, социально-бытовых, социально-трудовых, социально-культурных услуг).

30. Заведующий ПЦПЗ осуществляет:

- 1) организацию работы своего подразделения в части оказания медико-социальной помощи лицам с ППР;
- 2) проведение заседаний ВКК;
- 3) ведение первичной медицинской документации с обеспечением контроля за правильностью их заполнения;
- 4) предоставление информации о деятельности ПЦПЗ в территориальный ЦПЗ (ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

Параграф 2. Организация оказания медико-социальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии «одного дня», предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения.

31. Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:

- 1) направление врача психиатрического профиля;
- 2) постановление, решение, определение судебно-следственных органов;
- 3) направление военно-врачебной комиссии;
- 4) письменное заявление самого лица, при наличии показаний;
- 5) решение суда о принудительном лечении лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;

б) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 Уголовного Кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года (далее – УК РК), вступившее в законную силу.

32. Госпитализация в стационарные клинические отделения осуществляется в экстренном или в плановом порядке.

33. Госпитализация в ПОСТИН осуществляется в плановом порядке круглосуточно, при наличии вступившего в законную силу решения суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных подпунктами 3), 4) части 1 статьи 93 УК РК, акта судебно-психиатрической экспертизы и выписки из медицинской карты стационарного больного.

34. Госпитализация в ЦПЗ для осуществления принудительного лечения лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ и (или) принудительных мер медицинского характера проводится в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда. Противопоказания для госпитализации в отделения принудительного лечения лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ:

- 1) медицинские противопоказания в соответствии с установленным Перечнем;
- 2) дети и подростки до 18 лет;
- 3) беременные женщины;
- 4) женщины, имеющие детей в возрасте до 8 лет, и не лишенные в установленном порядке родительских прав;
- 5) острые психотические состояния любого генеза требующие лечения в специализированном отделении;
- 6) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля; 7) невозможность самостоятельного обслуживания.

Лица с ППР имеющие противопоказания, указанные в подпунктах 5), 6) после проведения соответствующего специализированного лечения направляются на принудительное лечение.

35. Госпитализация лиц с ППР для осуществления мер безопасности, регламентированных статьей 511 Уголовно-процессуального Кодекса Республики Казахстан от 4 июля 2014 года, осуществляется в стационарные клинические отделения ЦПЗ в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

36. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) проверяет наличие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;
- 4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 6) заполняет первичную медицинскую документацию;
- 7) при анонимном лечении пациента имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

37. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ лица с ППР, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

- 1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код согласно приложению 2 к настоящему Стандарту.

Данный код заполняется вместо фамилии пациента в медицинской учетной документации. Имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняется со слов пациента;

- 2) направляет на прохождение обязательных и (или) дополнительных обследований;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию.

38. При госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 4) заполняет первичную медицинскую документацию.

39. При плановой госпитализации в ПОСТИН дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: вступившее в законную силу решение суда;

документ удостоверяющий личность.

Для приема лиц, содержащихся до вынесения постановления суда под арестом, предоставляется личное дело и справка об освобождении.

- 2) проводит идентификацию пациента;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 5) заполняет первичную медицинскую документацию.

40. После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляются следующие мероприятия:

- 1) идентификация пациента;

2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;

3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполнение первичной медицинской документации.

41. После поступления в стационарное клиническое отделение лица с ППР для лечения в анонимном порядке, осуществляются следующие мероприятия:

1) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;

2) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполнение первичной медицинской документации, при этом: фамилия, имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

42. После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН осуществляются следующие мероприятия:

1) идентификация пациента;

2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;

3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполнение первичной медицинской документации.

43. После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ПОСТИН, ЦПЗ медицинский психолог осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациента;

3) психодиагностические исследования и диагностическое наблюдение.

44. Медицинский психолог, на постоянной основе, также осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проводит работу по обучению медицинского персонала в области психогигиены и эмоционального выгорания;
- 2) оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;
- 3) осуществляет ведение учетно-отчетной документации.

45. В клинических стационарных отделениях РНПЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц предполагаются следующие виды наблюдения:

1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при:

отсутствии опасности для себя и окружающих;

способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

2) режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях, а также возможности осуществления трудовой деятельности на фоне проводимого лечения и контроля симптомов ППР в целях ресоциализации. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей при:

отсутствии опасности для себя и окружающих;

способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения и контроля;

3) режим лечебных отпусков – возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков устанавливается решением ВК в составе двух врачей и предоставляется при:

отсутствии опасности для себя и окружающих;

способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения.

4) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:

острых ППР, не представляющих опасности для себя и окружающих;

способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания;

5) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:

непосредственной опасности для себя и окружающих;

беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

46. Режим частичной госпитализации, лечебных отпусков не применяются для лиц, находящихся на принудительном лечении и экспертизе по определениям (постановлениям) судебно-следственных органов, а также лиц, госпитализированных для осуществления мер безопасности по решению суда.

47. В клинических стационарных отделениях ПОСТИН предполагаются следующие виды наблюдения:

1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения;

2) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения;

3) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

48. Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы, мер безопасности, принудительных мер медицинского характера, явившихся основаниями для помещения в стационар.

49. Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.

50. Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.

51. Доставка пациента из ПОСТИН к месту дальнейшего лечения осуществляется в сопровождении медицинских работников. Информация о выписке пациента направляется в суд, вынесший постановление о замене вида принудительного лечения, в территориальное Управление внутренних дел по месту жительства, родственникам пациентам.

52. В соответствии с пунктом 5 статьи 169 Кодекса, пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 137 Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в клиническом отделении, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном пунктами 7 - 9 статьи 168 и пунктом 3 статьи 169 Кодекса.

Параграф 3. Организация оказания медико-социальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места.

53. Медико-социальная помощь лицам с ППР в стационарозамещающих условиях оказывается в РНПЦПЗ, ЦПЗ, в организациях, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья.

54. Госпитализация в организацию, оказывающую помощь в стационарозамещающих условиях, осуществляется в плановом порядке.

55. Показаниями для лечения в стационарозамещающих условиях для лиц с ППР являются:

- 1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванной употреблением ПАВ, не требующее круглосуточного наблюдения;
- 2) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;
- 3) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения.

56. Противопоказаниями для лечения в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места, являются:

- 1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в круглосуточных стационарах другого профиля;

2) психопатологические состояния, требующие круглосуточного стационарного лечения;

3) наличие генерализованных судорожных приступов (более 3-х раз в месяц).

57. Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 календарных дней.

В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение.

58. Ежедневное время пребывания в дневном стационаре - не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов.

59. При госпитализации в дневной стационар осуществляются следующие мероприятия:

1) идентификация пациента;

2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;

3) оценка психического и соматического состояния, а также результатов лабораторно-диагностических исследований, определение показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) установка предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполнение первичной медицинской документации.

60. При госпитализации в дневной стационар лица с ППР для лечения в анонимном порядке, осуществляются следующие мероприятия:

1) идентификация пациента;

2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;

3) оценка психического и соматического состояния, а также результатов лабораторно-диагностических исследований, определение показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) установка предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняется первичная медицинская документация, а фамилия, имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания со слов пациента.

61. Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар.

В день выписки пациента из организации, оказывающей стационарозамещающую помощь, составляется эпикриз, копия которого направляется в ПЦПЗ, КПЗ, по месту жительства пациента, для приобщения его к медицинской карте амбулаторного больного.

Параграф 4. Организация оказания медико-социальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в виде скорой медико-социальной помощи

62. Скорая медико-социальная помощь предоставляется в виде скорой специализированной психиатрической помощи.

63. Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется специализированными бригадами, организованными в составе организации, оказывающей скорую медико-социальную помощь или ЦПЗ.

64. Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется в порядке, в соответствии с пунктом 4 статьи 121 Кодекса.

Параграф 5. Организация медико-социальной реабилитации в области психического здоровья

65. Медико-социальная реабилитация лицам с ППР оказывается в подразделениях медико – социальной реабилитации ЦПЗ, РНПЦПЗ, ПОСТИН иных организациях, оказывающих медико – социальную реабилитацию в области психического здоровья по кодам МКБ - 10 согласно перечню диагнозов, в соответствии с приложением 3 к настоящему Стандарту для лиц:

с ППР (взрослые, дети);

с ППР вследствие употребления ПАВ (взрослые, дети).

66. Медицинская реабилитация оказывается в рамках медико-социальной реабилитации.

67. При оказании медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях ежедневное время пребывания составляет не менее 6 (шести) часов, за исключением выходных и праздничных дней, при этом предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов.

68. В подразделении медико-социальной реабилитации пациент обеспечивается необходимой медикаментозной терапией и необходимым обследованием.

69. Направление на медико-социальную реабилитацию пациентов с ППР, находящихся на стационарном лечении, осуществляется лечащим врачом, а при амбулаторном наблюдении - врачом ПЦПЗ, КПЗ.

70. Медико-социальная реабилитация пациентов с ППР оказывается в соответствии с индивидуальной программой реабилитации пациента с ППР.

71. На каждого пациента, проходящего медико-социальную реабилитацию, заполняется соответствующая медицинская документация.

72. При госпитализации на медико – социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия:

- 1) идентификация пациента;
- 2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР;
- 4) заполняется первичная медицинская документация.

73. Общими противопоказаниями для госпитализации на медико– социальную реабилитацию являются:

- 1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения;
- 2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;
- 3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

74. Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР осуществляет мультидисциплинарная группа:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр);
- 2) врач психиатр;
- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) инструктор по труду или специалист в области трудовой терапии, спорта;
- 6) средний медицинский работник.

Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг.

75. Медико-социальная реабилитация взрослых пациентов с ППР включает в себя:

- 1) психообразование;
- 2) тренинги;
- 3) психотерапию, как в групповом, так и индивидуальном формате;
- 4) трудовую терапию;
- 5) оздоровительные и спортивные занятия;
- 6) психологическая коррекция;
- 7) социальное сопровождение;
- 8) досуговые мероприятия;
- 9) организацию трудовой деятельности, за исключением отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности, в соответствии с действующим законодательством.

76. Длительность медико-социальной реабилитации взрослых пациентов с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.

77. Медико-социальную реабилитацию детей с ППР осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр, в том числе детский);
- 2) врач психиатр, в том числе детский;
- 3) психолог;
- 5) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 6) специалист в области трудотерапии и социально-бытовой ориентации;
- 7) дефектолог;
- 8) логопед;
- 9) средний медицинский работник.

Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг.

78. Медико-социальная реабилитация детей с ППР включает в себя:

- 1) психообразование;
- 2) психосоциальную реабилитацию;

- 3) абилитацию;
- 4) психотерапию;
- 5) тренинги;
- 6) эрготерапию;
- 7) психологическую коррекцию.

79. Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.

80. Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР вследствие употребления ПАВ осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр);
- 2) врач психиатр;
- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) инструктор по труду и (или) специалист в области трудовой терапии;
- 6) консультант-волонтер (лицо, зависимое от ПАВ, успешно прошедшее полный курс медико - социальной реабилитации, находящееся в ремиссии 1 (один) год и более, прошедшее специальные курсы подготовки консультантов программ медико - социальной реабилитации зависимых от ПАВ);
- 8) средний медицинский работник.

Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг.

81. Медико-социальная реабилитация взрослых с ППР, вследствие употребления ПАВ включает:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) психологическое консультирование;
- 4) социально-психологические тренинги;
- 5) работу с консультантами-волонтерами;
- 6) терапию средой;
- 7) трудотерапию;
- 8) социальное обучение;
- 9) терапию занятостью;

- 10) оздоровительные и спортивные занятия;
- 11) собственную волонтерскую практику;
- 12) групповые мероприятия терапевтического сообщества;
- 13) активный досуг;
- 14) встречи и общение с значимыми другими лицами;
- 15) вовлечение в анонимные сообщества;
- 16) противорецидивные тренинги.

82. Длительность медико-социальной реабилитации взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.

83. Медико-социальную реабилитацию детей с ППР вследствие употребления ПАВ осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр, в том числе детский);
- 2) врач психиатр, в том числе детский;
- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) инструктор по труду и (или) специалист в области трудовой терапии;
- 6) консультант-волонтер;
- 7) средний медицинский работник;

Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг.

84. Медико-социальная реабилитация детей с ППР, вследствие употребления ПАВ включает в себя:

- 1) психотерапию;
- 2) психологическое консультирование;
- 3) социально-психологические тренинги;
- 4) терапию средой;
- 5) трудотерапию;
- 6) социальное обучение;
- 7) терапию занятостью;
- 8) оздоровительные и спортивные занятия;
- 9) групповые мероприятия терапевтического сообщества;

- 10) активный досуг;
- 11) встречи и общение с значимыми другими лицами;
- 12) противорецидивные тренинги.

85. Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР, вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.

86. Направление в лечебно-трудовые мастерские осуществляется врачом-психиатром. В лечебно-трудовые мастерские не направляются пациенты, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия, а также:

- 1) психопаты с асоциальным поведением, склонные к сексуальным перверзиям, кверулянты;
- 2) лица с ППР вследствие употребления ПАВ в период обострения и в состоянии опьянения;
- 3) психические больные, страдающие тяжелыми соматическими или инфекционными заболеваниями.

87. Медицинская реабилитация сопутствующих заболеваний в санаторно-курортных организациях противопоказана для лиц с ППР:

- 1) состоящих в группах: 1-группа динамического психиатрического наблюдения, 2А - группа динамического психиатрического наблюдения, группа динамического наркологического наблюдения;
- 2) имеющих заболевания в острой стадии;
- 3) имеющих хронические заболевания в стадии обострения.

Лица с ППР, не способные к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждающиеся в постоянном специальном уходе, не имеющие противопоказания, указанные в подпунктах 1), 2), 3) настоящего пункта, направляются в санаторно-курортные организации в сопровождении.

Параграф 6. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья при суицидальном поведении

88. При выявлении участковым врачом или врачом общей практики ПМСП лица с суицидальным поведением, обратившегося самостоятельно или при направлении психологами, осуществляются следующие мероприятия:

- 1) оценка риска совершения суицида;
- 2) определение плана наблюдения и лечения;
- 3) оформление медицинской документации.

89. Для несовершеннолетних, перед проведением обследования для оценки риска совершения суицида, необходимо получение разрешения законных представителей.

90. Разрешение законных представителей на проведение обследования для оценки риска совершения суицида детям, не достигшим 16-летнего возраста оформляется в письменном виде в произвольной форме и остается в медицинской документации. В случае невозможности получить разрешение, оценка риска проводится без их согласия при наличии признаков, соответствующих критериям регламентированным статьей 137 Кодекса.

91. Оценка риска совершения суицида проводится в три этапа:

- 1) определение необходимости проведения оценки риска совершения суицида;
- 2) определение факторов риска совершения суицида, с оценкой предрасполагающих, усиливающих и защитных факторов;
- 3) определение степени риска совершения суицида.

92. Необходимость проведения оценки риска совершения суицида определяется на основании оценки психического состояния на момент осмотра и анамнестических сведений.

93. При оценке психического состояния обращается внимание на:

- 1) общий вид и поведение (оценка психомоторного состояния и функции волевой сферы – возбуждение, ступор, стереотипии, навязчивые действия, импульсивные поступки);
- 2) эмоциональное состояние (оценка тревоги, страхов, беспокойства, напряжения); снижение настроения (от нормальной грусти, через субклиническую депрессию до депрессии), повышение настроения (от эйфории, через гипоманию до мании), смешанные состояния (одновременно депрессивные и маниакальные симптомы), гнев, злость, равнодушие; адекватность эмоций ситуации;
- 3) мышление (нарушение формы мышления – ускорение или замедление его темпа (чрезмерная мелочность), задержка (внезапное затруднение движения мыслей, мышления), рассеянность или расщепление, персеверации (стереотипное повторение), obsessions (навязчивые мысли); нарушение мышления по содержанию – идеи);
- 4) восприятие (нарушения – галлюцинации (восприятие несуществующих объектов), иллюзии (искаженное восприятие существующих объектов);
- 5) высшие функции познания: память, способность к адекватной оценке реальности, к абстрактному мышлению и самосознанию (саморефлексии), а также к контролю собственных влечений (агрессивных, сексуальных).

94. При сборе анамнестических сведений обращается внимание на:

- 1) семейную среду с раннего детства и до настоящего времени, в том числе домашнее (бытовое) и (или) сексуальное насилие;

2) семейную историю суицида и психических расстройств, в том числе расстройств, вызванных злоупотреблением ПАВ;

3) несуицидальные самоповреждения;

4) особенности психического развития, склада личности, обучения и профессиональной деятельности, круга интересов и увлечений, семейных взаимоотношений;

5) начало появления симптомов, их связь с психосоциальными факторами - при подозрении на наличие психического расстройства;

6) историю суицидального поведения (при наличии) (количество предыдущих попыток суицида; для каждой попытки: когда произошла, обстоятельства и провоцирующие факторы; способ и его потенциальная летальность; степень предпринятых мер по планированию и сведению к минимуму риска обнаружения или препятствий (для попытки); употребление ПАВ перед попыткой; последствия и медицинская тяжесть последствий; отношение к попытке);

7) психосоциальные ситуации и недавние потери (фактические, воспринимаемые или потенциальные): смерть близкого человека или существа (идола, образца для подражания, или домашнего животного); разрыв отношений, развод или разъединение; межличностные конфликты, стрессовые или неблагоприятные, или сложные отношения; проблемы с учебой; потеря работы или жилья; начало болезни близкого человека или дорогого существа; финансовые и юридические трудности; годовщина потери; переезд на новое место;

8) если имеется ранее установленный диагноз, собирается информация об истории лечения (предыдущие и сопутствующие диагнозы, предшествующие госпитализации и другие виды лечения) и соблюдении назначенного лечения.

95. Определение факторов риска совершения суицида проводится на основании данных психического состояния и анамнеза с распределением на три группы:

1) первичные – психиатрические (психобиологические) факторы;

2) вторичные – психосоциальные особенности и (или) соматические заболевания;

3) третичные – демографические факторы.

96. К первичным психиатрическим (психобиологическим) факторам относятся:

1) суицидальные мысли, суицидальные планы (текущие или предыдущие), попытки самоубийства (включая отмененные или прерванные попытки);

2) ППР: безнадежность и возбуждение, тревога (в том числе бессонница);

3) семейная история самоубийств.

97. К вторичным (психосоциальным особенностям и (или) соматическим заболеваниям) факторам относятся:

- 1) неблагоприятные события в детстве (травма детства (сексуальное и физическое насилие)), другое (разделение семьи, потеря родителей, ребенок отдан на воспитание в другую семью, и другое);
- 2) длительные неблагоприятные жизненные ситуации (изоляция, плохие отношения с семьей, запугивание, хроническая болезнь, ВИЧ);
- 3) острый психосоциальный стресс (недавняя потеря близкого человека), стрессовое событие (распад отношений, постановка диагноза или начало серьезного соматического заболевания).

98. К третичным (демографическим) факторам относятся:

1) пол:

мужской - чаще завершённое самоубийство;

женский - чаще суицидальные мысли и (или) попытка суицида;

2) возраст:

подростки и молодые мужчины;

пожилые (оба пола);

3) уязвимые интервалы: весна и (или) начало лета; предменструальный период;

4) особые группы: родственники жертв суицида;

жертвы чрезвычайных происшествий, катастроф, стихийных бедствий; представители сексуальных ориентаций отличных от гетеросексуальной;

лица, свобода которых ограничена, отбывающие наказание по приговору суда в местах лишения свободы, задержанные, заключенные под стражу и помещенные в специальные учреждения.

99. К предрасполагающим факторам риска совершения суицида относятся:

1) генетические и биологические факторы риска;

2) семейная история самоубийств и проблемы психического здоровья;

3) психические расстройства;

4) употребление и (или) злоупотребление ПАВ;

5) импульсивное и (или) агрессивное поведение;

6) детская травма.

100. К факторам защиты относятся:

- 1) устойчивость;
- 2) навыки решения проблем;
- 3) самооценка;
- 4) поиск помощи;
- 5) социальная и семейная поддержка;
- 6) религиозность;
- 7) здоровый образ жизни.

101. К потенцирующим факторам относятся:

- 1) стрессовые жизненные события;
- 2) наличие средств совершения суицида;
- 3) безнадежность;
- 4) психомоторное возбуждение;
- 5) острые фазы психических расстройств;
- 6) рискованное поведение.

102. Определение степени риска совершения суицида осуществляется на основании соотношения факторов риска и определяются как:

- 1) чрезвычайный риск – устанавливается при наличии суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых другими первичными и (или) вторичными и третичными факторами риска;
- 2) умеренный риск – устанавливается при наличии одного или нескольких первичных факторов риска, за исключением суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых вторичными и третичными факторами риска;
- 3) низкий риск – устанавливается при наличии вторичных и (или) третичных факторов риска, в отсутствие первичных факторов риска.

103. При наличии у лица риска совершения суицида составляется план наблюдения и лечения, который включает:

- 1) установление и поддержание терапевтического альянса;
- 2) обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения;
- 3) определение параметров и плана лечения.

104. Наличие у лица риска совершения суицида является показанием для проведения консультации взрослого или детского врача-психиатра (нарколога). Для организации консультации врач ПМСП в устной форме извещает врача- психиатра (нарколога).

105. Установление и поддержание терапевтического альянса осуществляется путем:

- 1) эмпатического (сопереживающего) понимания суицидальных мыслей и поведения;
- 2) обеспечения реальной поддержки и подтверждения понимания уровня дискомфорта и страданий подростка;
- 3) установления доверительного и взаимоуважительного отношения;
- 4) обеспечения конфиденциальности (с объяснением необходимости информирования родителей (опекуна) в случае непосредственной опасности);
- 5) укрепления желания жить (исследование существующего у него конфликта между желанием жить и совершить суицид, повышения восприятия возможных альтернатив суициду);
- 6) контроля за собственными эмоциями и реакцией на суицидального пациента (обременяющее чувство ответственности, разочарование в связи с агрессивными и несоответствующими реакциями пациентов, тревога, повышенный интерес, сдержанность, раздражение, избегание, отрицание, пассивность).

106. Обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения осуществляется путем:

- 1) обеспечения наблюдения и поддержки;
- 2) ограничения доступа к средствам совершения суицида.

107. Определение параметров и плана лечения:

1) лечение проводится в наименее ограничивающей, но при этом максимально безопасной и эффективной обстановке. Выбор схемы лечения варьирует от принудительной госпитализации до периодических амбулаторных визитов;

2) при определении плана и параметров лечения учитываются: степень суицидального риска;

сопутствующие ППР и другие заболевания; наличие прочной психосоциальной поддержки;

способность обеспечить адекватную самопомощь, поддерживать надежную обратную связь с врачом и сотрудничать в лечении; возможная опасность для других.

108. Лечение осуществляется в стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных условиях.

109. Показания для стационарного лечения в ЦПЗ:

1) добровольно:

госпитализация требуется – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности, защитных факторов;

госпитализация показана – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов и при наличии одного или нескольких защитных факторов;

госпитализация – при наличии у лица с умеренным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности защитных факторов;

2) принудительная госпитализация осуществляется только при выявлении признаков, предусмотренных подпунктами 3) и 4) пункта 1 статьи 137 Кодекса.

110. Противопоказания для госпитализации в стационар ЦПЗ:

1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

2) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

111. Показания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ и организациях ПМСП:

1) наличие показаний, указанных в пункте 55 настоящего Стандарта и отказе от стационарного лечения;

2) отсутствие у лица с умеренным риском совершения суицида, усиливающих и защитных факторов.

112. Противопоказания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ определяются в соответствии с критериями, установленными в пункте 56 настоящего Стандарта.

113. Показания для амбулаторного лечения:

1) наличие у лица с умеренным и (или) низким риском совершения суицида, одного или нескольких защитных факторов, при отсутствии усиливающих факторов;

2) отказ от предложенного стационарного и стационарозамещающего лечения.

114. Стационарозамещающее лечение или амбулаторное наблюдение и лечение лица, имеющего риск совершения суицида в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляется следующими специалистами (членами лечащей команды):

1) участковым врачом или врачом общей практики;

- 2) психологом;
- 3) врачом-психиатром (наркологом).

115. Меры предосторожности при выборе стационарозамещающего и амбулаторного лечения:

- 1) определение графика наблюдения членами лечащей команды, в том числе для оперативного реагирования при резком ухудшении состояния и (или) совершении суицидальной попытки;
- 2) создание безопасных условий вокруг пациента, в которых задействованы семья, и (или) родственники, и (или) друзья, и (или) законные представители (далее – лица, предоставляющие уход).

116. Лечение лица с риском совершения суицида включает в себя:

- 1) предоставление психологической поддержки, всеми членами лечащей команды;
- 2) работа с текущими психосоциальными стрессорами;
- 3) фармакологическое лечение (при необходимости).

117. Предоставление психологической поддержки осуществляется при соблюдении этических принципов психологической помощи, включающих в себя:

- 1) доброжелательное и безоценочное отношение;
- 2) ориентация на нормы и ценности лица;
- 3) запрет давать советы;
- 4) разграничение личных и профессиональных отношений;
- 5) использование существующего конфликта между желанием жить и совершить суицид;
- 6) рассмотрение причины продолжения жизни и альтернативы суициду;
- 7) высказывания веры в положительный исход;
- 8) рассмотрение возможности обращения к специалисту службы в области психического здоровья.

118. Работа с текущими психосоциальными стрессорами предполагает оценку степени выраженности и принятия мер по их устранению. К психосоциальным стрессорам относятся:

- 1) заболевания у родителей и (или) близких родственников;
- 2) жестокое обращение, игнорирование или издевательства;
- 3) проблемы с успеваемостью (для подростка);
- 4) семейные розни, проблемы в общении, отсутствие поддержки.

119. Фармакологические средства для лечения лиц с риском совершения суицида применяются в соответствии с клиническими протоколами.

120. При несоблюдении врачебных назначений, лечебного режима (приверженности к лечению) врачу необходимо:

1) выяснить причину, и осуществить целенаправленный опрос в части: осознания лицом болезни и необходимости лечения;

понимания рекомендованного плана лечения или дозировки лекарственных средств;

наличия побочных эффектов лекарственных препаратов; наличия финансовых трудностей.

2) провести следующие мероприятия: создать терапевтический альянс;

пересмотреть план лечения, с учетом потребностей и предпочтений конкретного пациента;

провести психообразование, включающее в себя обучение о психических расстройствах, лекарствах и их побочных эффектах, склонности к суициду (суицидальности), важности роли психосоциальных стрессов в провоцировании или усугублении суицидальности или симптомов психических расстройств;

напомнить по телефону или составить сообщение для пациента и (или) лица предоставляющий уход о следующем приеме, частоте приема лекарства, необходимости времени для получения терапевтического эффекта, необходимости принимать лекарства, даже если состояние улучшилось, необходимости проконсультироваться с врачом перед прекращением приема лекарств и возможности обратиться к врачу, если возникнут проблемы или вопросы;

выйти на связь с пациентом и (или) лицом, предоставляющим уход, если прием был пропущен.

121. При амбулаторном наблюдении и лечении лица, имеющего риск совершения суицида, врач ПМСП заводит дополнительную медицинскую карту амбулаторного больного по форме, утвержденной в соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса, в которую вносится: согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего лица на обследование, результаты обследования, согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего на лечение, заключения консультантов, предпринятые шаги и обоснования действий по наблюдению и лечению.

При ведении электронных медицинских карт амбулаторного больного, указанная в настоящем пункте информация, вносится в отдельную вкладку,

доступ к которой имеют только врач ПМСП, врач-психиатр (нарколог) или детский врач-психиатр (нарколог).

Параграф 7. Организация оказания дистанционных медицинских услуг, психологической помощи и поддержки в сфере охраны психического здоровья

122. Дистанционные медицинские услуги предоставляются в следующих условиях:

- 1) амбулаторных;
- 2) стационарозамещающих;
- 3) стационарных;
- 4) на дому.

123. Навигационное и информационное обеспечение осуществляет регистрационно-навигационное подразделение медицинской организации, оснащённое аппаратно-программными комплексами, в функции которого входит:

- 1) информирование населения о возможности и порядке получения дистанционной медицинской услуги;
- 2) сбор заявок на оказание дистанционных медицинских услуг и получения от лиц информированного согласия на оказание такой услуги;
- 3) составление графика дистанционных медицинских услуг специалистов организации;
- 4) обеспечение смс-оповещений на мобильные телефоны лиц, которые нуждаются в проведении дистанционной медицинской услуги с информацией о дате, времени и способе оказания данной услуги;
- 5) организация дистанционной медицинской услуги и техническое сопровождение;
- 6) ведение соответствующей документации, в порядке установленным уполномоченным органом в области здравоохранения.

124. Дистанционные медицинские услуги в амбулаторных условиях предоставляются в следующих случаях:

- 1) первичное консультирование заявителя – предварительная диагностика, при необходимости направление на дополнительные методы исследования (консультации специалистов иного профиля, лабораторные, инструментальные методы обследования и другое);
- 2) повторное консультирование заявителя с установленным диагнозом ППР в целях динамического наблюдения, коррекции и (или) продолжения поддерживающего лечения, рекомендации в зависимости от психического или физического состояния, в том числе для решения социальных вопросов,

выписки рецепта на необходимые лекарственные средства в рамках действующего законодательства;

3) проведение заседания ВКК при установленном ранее диагнозе в целях: повторного направления на МСЭ (при имеющихся основаниях и соответствующей медицинской документации); коррекции в лечении, в том числе дорогостоящими лекарственными средствами; изменение критериев взятия во вторую группу динамического психиатрического наблюдения и прекращения динамического наблюдения в данной группе; иных вопросов, требующих комиссионного осмотра, за исключением проведения ВКК в целях первичного направления на МСЭ для определения степени утраты трудоспособности и решения вопроса о включении в программу ПЗТ;

4) направление на плановую госпитализацию;

5) психотерапевтическая помощь;

6) психологическая коррекция и поддержка;

7) консультирование близкого окружения для дачи рекомендаций, сбора анамнестических сведений и иных вопросов, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и осуществления ухода за пациентом.

125. При выявлении признаков необходимости оказания экстренной и неотложной помощи, врач, оказывающий дистанционную медицинскую услугу, организует мероприятия для оказания данной помощи.

126. Дистанционные медицинские услуги в амбулаторных условиях, не оказываются в следующих случаях:

1) установления клинического диагноза при первичном обращении;

2) установления и снятия динамического наблюдения, за исключением второй группы динамического психиатрического наблюдения;

3) проведения заседания ВКК в целях первичного направления на МСЭ для определения степени утраты трудоспособности;

4) медицинского освидетельствования на установление факта употребления ПАВ и состояния опьянения;

5) решения вопроса о включении в программу ПЗТ;

6) проведения обязательных медицинских осмотров, освидетельствований специалистами в области психического здоровья, когда при наличии диагноза ППР, имеются ограничения в реализации прав и (или) определенных видов деятельности граждан, в соответствии с действующим законодательством.

127. Дистанционные медицинские услуги в стационарозамещающих условиях предоставляются в следующих случаях:

- 1) при лечении в дневном стационаре - консультирование близкого окружения для дачи рекомендаций, сбора анамнестических сведений и иных вопросов, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и осуществления ухода за пациентом;
- 2) при лечении в стационаре на дому;
- 3) повторное консультирование пациента, находящегося на лечении в целях последующего наблюдения, коррекции и (или) продолжения медикаментозного и иных видов лечения;
- 4) проведение заседания ВКК (при необходимости);
- 5) психотерапевтическая помощь;
- 6) психологическая коррекция и поддержка;
- 7) необходимости направления на госпитализацию;
- 8) консультирование близкого окружения для дачи рекомендаций, сбора анамнестических сведений и иных вопросов, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и осуществления ухода за пациентом.

128. Дистанционные медицинские услуги в стационарных условиях предоставляются при консультировании близкого окружения госпитализированного лица для дачи рекомендаций, сбора анамнестических сведений и иных вопросов, касающихся диагностики, лечения, реабилитации и осуществления ухода.

129. При выборе формы оказания услуги (дистанционной или очной) врач самостоятельно принимает решение о предоставлении услуг в очном режиме.

130. При оказании дистанционных медицинских услуг осуществляется ведение первичной медицинской документации в соответствии с формами, согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

Параграф 8. Организация психотерапевтической и психосоциальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ в стационарных отделениях

131. Психотерапевтическая и психосоциальная помощь пациентам с ППР вследствие употребления ПАВ оказывается в стационарных отделениях ЦПЗ, РНПЦПЗ, ПОСТИН, иных организациях, оказывающих медико-социальную помощь данной категории пациентов.

132. Психотерапевтическая и психосоциальная помощь взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач - менеджер здравоохранения или врач психиатр);
- 2) врач - психиатр;

- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) специалист в области ЛФК;
- 6) консультант-волонтер;
- 7) средний медицинский работник.

133. Психотерапевтическая и психосоциальная помощь взрослым в ППР, вследствие употребления ПАВ включает в себя:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) психологическое консультирование;
- 4) социально-психологические тренинги;
- 5) работу с волонтерами-консультантами (зависимыми от ПАВ, успешно прошедшими полный курс медико - социальной реабилитации, находящимися в ремиссии 1 (один) год и более, прошедшими специальные курсы подготовки консультантов программ медико - социальной реабилитации зависимых от ПАВ);
- 6) терапию занятостью;
- 7) оздоровительные и спортивные занятия;
- 8) собственную волонтерскую практику;
- 9) когнитивно-поведенческую терапию;
- 10) активный досуг;
- 11) встречи и общение с значимыми другими лицами;
- 12) юридическое консультирование;
- 13) противорецидивные тренинги.

Периодичность и продолжительность указанных мероприятий определяется лечащим врачом в соответствии с психическим состоянием пациента и распорядком дня.

134. Длительность психотерапевтической и психосоциальной помощи взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 4 (четырёх) месяцев.

135. Психотерапевтическая и психосоциальная помощь детям с ППР вследствие употребления ПАВ осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр, в том числе детский);

- 2) врач психиатр, в том числе детский;
- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) специалист в области ЛФК;
- 6) консультант-волонтер;
- 7) средний медицинский работник;
- 8) педагог по воспитательной работе.

136. Психотерапевтическая и психосоциальная помощь детям с ППР, вследствие употребления ПАВ включает в себя:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) психологическое консультирование;
- 4) социально-психологические тренинги;
- 5) социальное обучение;
- 6) терапию занятостью;
- 7) оздоровительные и спортивные занятия;
- 8) собственную волонтерскую практику;
- 9) когнитивно-поведенческую терапию;
- 10) активный досуг;
- 11) встречи и общение с значимыми другими лицами;
- 12) противорецидивные тренинги.

Периодичность и продолжительность указанных мероприятий определяется лечащим врачом в соответствии с психическим состоянием пациента и распорядком дня.

137. Длительность психотерапевтической и психосоциальной помощи детям с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 4 (четырёх) месяцев.

138. Штат работников и оснащения медицинскими изделиями осуществляется в соответствии с подпунктами 5), 6) пункта 2 статьи 138 Кодекса.

Приложение 1
к стандарту оказания медико-социальной помощи
в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Диагнозы психических поведенческих расстройств по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра, входящие в компетенцию врача первичной медико-санитарной помощи

1. F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство;
2. F32.0 Депрессивный эпизод легкой;
3. F43.2 Расстройство адаптации;
4. F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство;
5. F45 Соматоформное расстройство;
6. F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках;
7. F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость;
8. F17.1 Пагубное употребление табака.

Приложение 2
к стандарту оказания медико-социальной помощи
в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Регистрационные медицинские коды, присваиваемые лицу с психическими поведенческими расстройствами (заболеванием), вызванным употреблением психоактивных веществ для лечения в анонимном порядке

№	Область, город	Буквенное обозначение области, города	Порядковый номер медицинской карты
1	город Нур-Султан	Z	****
2	город Алматы	A	****
3	Алматинская область	B	****
4	Акмолинская область	C	****
5	Актюбинская область	D	****
6	Атырауская область	E	****
7	Восточно-Казахстанская область	F	****
8	Жамбылская	H	****

	область		
9	Западно-Казахстанская область	L	****
10	Карагандинская область	M	****
11	Кызылординская область	N	****
12	Костанайская область	P	****
13	Мангыстауская область	R	****
14	Туркестанская область	X	****
15	Павлодарская область	S	****
16	Северо-Казахстанская область	T	****
17	город Шымкент	Y	****

Приложение 3
к стандарту оказания медико-социальной помощи
в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Перечень диагнозов по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра, подлежащих восстановительному лечению и медико-социальной реабилитации

№ п/п	Код основного диагноза по МКБ-10	Код уточняющего диагноза по МКБ-10	Наименование уточняющего диагноза по МКБ-10
1	Z86.5	F06.3	Органические (аффективные) расстройства

2	Z86.5	F06.4	Органическое тревожное расстройство
3	Z86.5	F06.5	Органические диссоциативные расстройства
4	Z86.5	F06.8	Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни
5	Z86.5	F07.1	Постэнцефалический синдром
6	Z86.5	F07.2	Посткоммоционный синдром
7	Z86.5	F07.8	Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания повреждения и дисфункции головного мозга
8	Z86.4	F10.1	Психические поведенческие расстройства (далее –ППР) в результате употребления алкоголя. Употребление с вредными последствиями
9	Z86.4	F10.2	ППР в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости
10	Z86.4	F11.1	ППР в результате употребления опиоидов. Употребление с вредными последствиями
11	Z86.4	F11.2	ППР в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости
12	Z86.4	F12.1	ППР в результате употребления

			каннабиноидов. Употребление с вредными последствиями
13	Z86.4	F12.2	ППР в результате употребления каннабиноидов. Синдром зависимости
14	Z86.4	F13.1	ППР в результате употребления седативных или снотворных веществ. Употребление с вредными последствиями
15	Z86.4	F13.2	ППР в результате употребления седативных или снотворных веществ. Синдром за- висимости
16	Z86.4	F14.1	ППР в результате употребления кокаина. Употребление с вредными последствиями
17	Z86.4	F14.2	ППР в результате употребления кокаина. Синдром зависимости
18	Z86.4	F15.1	ППР в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин. употребле- ние с вредными последствиями
19	Z86.4	F15.2	ППР в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин. Синдром за- висимости
20	Z86.4	F16.1	ППР в результате употребления галлюциногенов. Употребление с вредными последствиями
21	Z86.4	F16.2	ППР в результате

			употребления галлюциногенов. Синдром зависимости
22	Z86.4	F17.1	ППР в результате употребления табака. Употребление с вредными последствиями
23	Z86.4	F17.2	ППР в результате употребления табака. Синдром зависимости
24	Z86.4	F18.1	ППР в результате употребления летучих растворителей. Употребление с вредными последствиями
25	Z86.4	F18.2	ППР в результате употребления летучих растворителей. Синдром зависимости
26	Z86.4	F19.1	ППР в результате одновременного употребления нескольких наркотических средств и использования других психоактивных веществ. Употребление с вредными последствиями
27	Z86.4	F19.2	ППР в результате одновременного употребления нескольких наркотических средств и использования других психоактивных веществ. Синдром зависимости
28	Z86.5	F20.0	Параноидная шизофрения
29	Z86.5	F20.1	Гебефренная шизофрения
30	Z86.5	F20.2	Кататоническая шизофрения

31	Z86.5	F20.3	Недифференцированная шизофрения
32	Z86.5	F20.4	Постшизофреническая депрессия
33	Z86.5	F20.5	Резидуальная шизофрения
34	Z86.5	F20.6	Простая шизофрения
35	Z86.5	F20.8	Другие формы шизофрении
36	Z86.5	F21.1.	Латентная шизофрения
37	Z86.5	F21.2.	Шизофреническая реакция
38	Z86.5	F21.3.	Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения
39	Z86.5	F21.4.	Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения
40	Z86.5	F21.5.	«Бедная симптомами» шизофрения
41	Z86.5	F21.8.	Шизотипическое личностное расстройство
42	Z86.5	F22.0	Бредовое расстройство
43	Z86.5	F25.0	Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
44	Z86.5	F25.1	Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип
45	Z86.5	F25.2	Шизоаффективное расстройство, смешанный тип
46	Z86.5	F25.8	Другие шизоаффективные расстройства
47	Z86.5	F30.1	Мания без психотических симптомов
48	Z86.5	F30.8	Другие маниакальные

			эпизоды
49	Z86.5	F31.0	Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод
50	Z86.5	F31.1	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
51	Z86.5	F31.3	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой де-прессии
52	Z86.5	F31.6	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный
53	Z86.5	F31.7	Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии
54	Z86.5	F31.8	Другие биполярные аффективные расстройства
55	Z86.5	F32.1	Умеренный депрессивный эпизод
56	Z86.5	F32.8	Другие депрессивные эпизоды
57	Z86.5	F33.0	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
58	Z86.5	F33.1	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести
59	Z86.5	F33.4	Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии
60	Z86.5	F33.8	Другие рекуррентные

			депрессивные расстройства
61	Z86.5	F34	Хронические (аффективные) расстройства настроения
62	Z86.5	F34.0	Циклотимия
63	Z86.5	F34.1	Дистимия
64	Z86.5	F34.8	Другие хронические аффективные расстройства
65	Z86.5	F38.1	Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения
66	Z86.5	F38.8	Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения
67	Z86.5	F41.0	Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
68	Z86.5	F41.1	Генерализованное тревожное расстройство
69	Z86.5	F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
70	Z86.5	F41.3	Другие смешанные тревожные расстройства
71	Z86.5	F41.8	Другие уточненные тревожные расстройства
72	Z86.5	F42.0	Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
73	Z86.5	F42.1	Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
74	Z86.5	F42.2	Смешанные обсессивные мысли и действия
75	Z86.5	F42.8	Другие обсессивно-

			компульсивные расстройства
76	Z86.5	F42.9	Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное
77	Z86.5	F43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство
78	Z86.5	F43.2	Расстройства адаптации
79	Z86.5	F43.8	Другие реакции на тяжелый стресс
80	Z86.5	F45.2	Ипохондрическое расстройство
81	Z86.5	F45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция
82	Z86.5	F45.4	Хроническое соматоформное болевое расстройство
83	Z86.5	F45.8	Другие соматоформные расстройства
84	Z86.5	F45.9	Соматоформное расстройство, неуточненное
85	Z86.5	F48.8	Другие специфические невротические расстройства
86	Z86.5	F50.0	Нервная анорексия
87	Z86.5	F50.1	Атипичная нервная анорексия
88	Z86.5	F50.2	Нервная булимия
89	Z86.5	F50.3	Атипичная нервная булимия
90	Z86.5	F50.4	Переедание, сочетающееся с другими нарушениями
91	Z86.5	F50.5	Рвота, сочетающаяся с другими психологическими

			нарушениями
92	Z86.5	F50.8	Другие расстройства приема пищи
93	Z86.5	F60.0	Параноидное расстройство личности
94	Z86.5	F60.1	Шизоидное расстройство личности
95	Z86.5	F60.2	Диссоциальное расстройство личности
96	Z86.5	F60.3	Эмоционально неустойчивое расстройство личности
97	Z86.5	F60.4	Истерическое расстройство личности
98	Z86.5	F60.5	Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
99	Z86.5	F60.6	Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
100	Z86.5	F60.7	Зависимое расстройство личности
101	Z86.5	F60.8	Другие специфические расстройства личности
102	Z86.5	F61.0	Смешанные расстройства личности
103	Z86.5	F61.1	Причиняющие беспокойство изменения личности
104	Z86.5	F62.0	Хроническое изменение личности после переживания катастрофы
105	Z86.5	F62.1	Хроническое изменение личности после психической болезни
106	Z86.5	F62.8	Другие хронические

			изменения личности
107	Z86.5	F63.0	Патологическая склонность к азартным играм
108	Z86.5	F68.8	Другие специфические расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
109	Z86.5	F70.0	Легкая умственная отсталость, минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их
110	Z86.5	F70.8	Легкая умственная отсталость, другие поведенческие нарушения
111	Z86.5	F70.9	Легкая умственная отсталость, поведенческие нарушения не определены
112	Z86.5	F71.0	Умеренная умственная отсталость, минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их
113	Z86.5	F71.8	Умеренная умственная отсталость, другие поведенческие нарушения
114	Z86.5	F71.9	Умеренная умственная отсталость, поведенческие нарушения не определены
115	Z86.5	F84	Общие расстройства развития
116	Z86.5	F84.0	Детский аутизм
117	Z86.5	F84.1	Атипичный аутизм
118	Z86.5	F84.2	Синдром Ретта
119	Z86.5	F84.3	Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
120	Z86.5	F84.4	Гиперактивное

			расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотип-ными движениями
121	Z86.5	F84.5	Синдром Аспергера
122	Z86.5	F84.8	Другие общие расстройства развития
123	Z86.5	F88	Другие расстройства психологического развития
124	Z86.5	F90.0	Нарушение активности внимания
125	Z86.5	F90.1	Гиперкинетическое расстройство поведения
126	Z86.5	F90.8	Другие гиперкинетические расстройства
127	Z86.5	F91.0	Расстройство поведения, ограничивающееся семьи
128	Z86.5	F91.1	Несоциализированное расстройство поведения
129	Z86.5	F91.2	Социализированное расстройство поведения
130	Z86.5	F91.3	Оппозиционно- вызывающее расстройство
131	Z86.5	F91.8	Другие расстройства поведения
132	Z86.5	F92.0	Депрессивное расстройство поведения
133	Z86.5	F92.8	Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
134	Z86.5	F93.0	Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
135	Z86.5	F93.1	Фобическое тревожное

			расстройство детского возраста
136	Z86.5	F93.2	Социальное тревожное расстройство детского возраста
137	Z86.5	F93.3	Расстройство сиблингового соперничества
138	Z86.5	F93.8	Другие эмоциональные расстройства детского возраста
139	Z86.5	F94.0	Элективный мутизм
140	Z86.5	F94.1	Реактивное расстройство привязанности детского возраста
141	Z86.5	F94.2	Расторможенное расстройство привязанности детского возраста
142	Z86.5	F94.8	Другие расстройства социального функционирования детского возраста
143	Z86.5	F95.1	Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройств
144	Z86.5	F95.2	Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)
145	Z86.5	F98	Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в дет- ском и подростковом возрасте
146	Z86.5	F98.0	Неорганический энурез

147	Z86.5	F98.1	Неорганический энкопрез
148	Z86.5	F98.4	Стереотипные двигательные расстройства

Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года № 21712.