

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ от ____

**ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦОМ,
СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ И ЗАТЯЖНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ С ТЯЖЕЛЫМИ СТОЙКИМИ ИЛИ ЧАСТО
ОБОСТРЯЮЩИМИСЯ БОЛЕЗНЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

В соответствии со статьей 46 Федерального закона № 323-ФЗ, статье 27 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и пункте 5.2.72(1) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608, приказываю:

1. Утвердить Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, согласно приложению N 1.

Министр В.И.СКВОРЦОВА

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации

от _____ 2018 г. N _____

**ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦОМ,
СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ И ЗАТЯЖНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ С ТЯЖЕЛЫМИ СТОЙКИМИ ИЛИ ЧАСТО
ОБОСТРЯЮЩИМИСЯ БОЛЕЗНЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

2. Диспансерное наблюдение не может устанавливаться только в связи с наличием какого-либо диагноза психического расстройства.

3. Диспансерное наблюдение за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «психиатрия».

4. Диспансерное наблюдение осуществляется в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение;

5. Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и медико-социальной помощи. Диспансерное наблюдение включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации лиц с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения.

6. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается по результатам психиатрического освидетельствования пациента комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации и о нем информируется пациент.

7. Лицо, страдающее психическим расстройством и в связи с этим находящееся на диспансерном наблюдении, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя.

8. Интенсивность диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, определяется группой диспансерного наблюдения.

9. К группам диспансерного наблюдения относятся:

9.1. Больные с выраженными обострениями симптоматики, частыми (не реже 1 раза в год) и длительными (свыше 120 дней) госпитализациями (группа Д-1). Частота посещений участкового врача-психиатра пациентами данной группы диспансерного наблюдения должна составлять не реже одного раза в месяц. После выписки пациента данной группы из психиатрического стационара первый осмотр участковым психиатром, по возможности, должен быть осуществлен в течение 3 дней, но не позже 1 месяца после выписки.

9.2. Больные с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях или

которые приводят к редким (не чаще 1 раза в 2 года) и непродолжительным (не превышающим 42 дней) госпитализациям (группа Д-2). Частота посещения участкового психиатра рекомендуется не реже 1 раза в 1-3 месяца (в зависимости от активности болезненного процесса и особенностей приема поддерживающей терапии, включая препараты пролонгированного действия). После выписки пациента данной группы из психиатрического стационара первый осмотр участковым психиатром, по возможности, должен быть осуществлен в течение 3 дней (но не позже 1 месяца после выписки), а частота посещения психиатра рекомендуется не реже 1 раза в месяц в течение первого года после выписки.

9.3 Больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (группа Д-3). Частота посещения участкового психиатра должна составлять не реже 1 раза в 3-6 месяцев (допускаются более частые посещения - при необходимости ежемесячной выписки психотропных средств или введения препаратов пролонгированного действия).

9.4. Больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации (группа Д-4). Частота посещения участкового психиатра должна быть индивидуальной в зависимости от конкретной ситуации, но не реже 1 раза в 3-6 месяцев.

9.5. Больные, нуждающиеся в эпизодическом или контрольном наблюдении (группа Д-5). Данная группа является переходной перед решением вопроса о снятии диспансерного наблюдения. Частота посещения участкового психиатра должна составлять не реже 1 раза в год.

9.6. Больные, нуждающиеся в активном диспансерном наблюдении (далее АДН, группа Д-6). АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям.

Решение о включении в группу АДН, а также о выведении из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров на основании медицинской документации психиатрических стационаров, а также данных, полученных участковыми психиатрами. Мотивированное решение врачебной комиссии об установлении за больным активного диспансерного наблюдения оформляется записью в медицинской документации. Пациент информируется о принятом решении устно либо в письменной форме не позже 10 дней после принятия такого решения, о чем делается запись в медицинской документации.

Основаниями для установления наблюдения по Д-6 являются:

1. Совершение в прошлом общественно опасных действий, предусмотренных уголовным законодательством, с освобождением от уголовной ответственности или наказания и применением к ним принудительных мер медицинского характера.

2. Отбывание наказания за преступления, совершенные до установления у больного тяжелого психического расстройства.

3. Наличие в структуре психических расстройств симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации; массивная продуктивная психопатологическая симптоматика, приводящая к нарушениям поведения; персонифицированные бредовые переживания, особенно сопровождающиеся аффективной напряженностью; значительная прогрессивность заболевания с нарушением критических способностей и поведения, отсутствием приверженности лечению; злоупотребление алкоголем и иными ПАВ; наличие психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, антисоциальными установками и криминальной активностью, с расторможенностью влечений, имеющих асоциальную направленность; высокая агрессивность с низким самоконтролем; депрессивные состояния с бредовыми идеями самообвинения и др.), в том числе приводившие в прошлом к недобровольной госпитализации.

Активное диспансерное наблюдение включает мероприятия, проводимые с определенной периодичностью и направленные на необходимое обследование, лечение и медицинскую реабилитацию лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями в целях улучшения его психического состояния и предупреждения общественно опасного поведения. Лица с психическими расстройствами, включенные в группу активного диспансерного наблюдения, осматриваются (освидетельствуются) психиатром медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, с необходимой частотой, обусловленной психическим состоянием, но не реже одного раза в месяц.

Межведомственное взаимодействие (МЗ РФ, МВД РФ и др.) в процессе наблюдения за группой Д-6 определяются отдельным приказом (в настоящее время действует приказ Минздрава России и МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»).

Лица, находящиеся под АДН, освидетельствуются комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в 6 месяцев для решения вопроса о возможном выведении из этой группы наблюдения.

Выведение из группы Д-6 возможно в случае выздоровления психически больного или такого изменения его психического состояния, которое обуславливает исчезновение потенциальной общественной опасности, отсутствие признаков, послуживших основанием для включения в данную группу наблюдения. Основаниями для представления на врачебную комиссию с решением вопроса об отмене наблюдения по Д-6 являются:

- развитие стойкой (не менее года) ремиссии с отсутствием продуктивной психотической и иной психопатологической симптоматики, которая может явиться причиной совершения опасных действий;
- компенсация имевшихся негативных психических нарушений, обуславливающих потенциальную общественную опасность;
- наличие осознания болезни и общественной опасности совершенных в прошлом опасных действий;
- отсутствие асоциальных тенденций в поведении сроком более года;
- социальная адаптация, включающая наличие постоянного места жительства, трудовой занятости на доступном уровне, отсутствие конфликтов по месту жительства, асоциального влияния со стороны других лиц;
- соблюдение режима диспансерного наблюдения, регулярности посещения участкового психиатра, положительное отношение к медикаментозной терапии, приверженность лечению;
- отсутствие употребления алкоголя и других ПАВ сроком более года;
- отсутствие госпитализаций в период более года.

Решение о выведении из группы Д-6 оформляется мотивированной записью в амбулаторной карте, которая подписывается всеми членами комиссии. Пациент информируется о принятом решении устно либо в письменной форме не позже 10 дней после принятия такого решения.

Выведение из группы Д-6 не является основанием для отмены диспансерного наблюдения.

10. В структуре указанных в п. 9 групп диспансерного наблюдения могут быть выделены подгруппы:

- пациенты с суицидальными мыслями и намерениями (С);
- пациенты на начальных этапах заболевания (Н);
- пациенты, получающие терапию препаратами пролонгированного действия (П);
- пациенты с проблемами комплаенса, то есть полностью или частично не выполняющие предписанный режим лечения (К);
- пациенты с психическими расстройствами, осложненными болезнями зависимости (З);
- пациенты с комплексом социальных проблем (СП).

11. После каждого посещения врача-психиатра пациентом, состоящим под диспансерным наблюдением, должна быть назначена дата следующего визита (график наблюдения) и в случае его пропуска в обязательном порядке необходимо связаться с больным или посетить его на дому. Это же правило действует в отношении выписанных из больницы (дневного стационара) пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением.

12. Диспансерное наблюдение носит динамический характер: при изменении активности заболевания больной переводится из одной группы

диспансерного наблюдения в другую, о чем делается запись в медицинской документации.

13. Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при:

1) выздоровлении или значительном и стойком (длительностью 5 лет) улучшении психического состояния пациента;

2) осуждении пациента к лишению свободы на срок свыше 1 года;

3) отсутствии достоверных сведений о пациенте в течение 5 лет;

4) смерти пациента.

Обсуждение замечаний, вызвавших возражения.

С замечанием 2 согласиться не представляется возможным. Основание:

1.1. В ч.5 ст.46 Федерального закона 323-ФЗ указывается, что «диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями ...». Таким образом, данная статья не определяет, что диспансерное наблюдение устанавливается за лицом с определенным диагнозом, а указывает на хронический характер заболевания (в противоположность острому, возможному в рамках этой же нозологической единицы), требующий периодического обследования лиц, страдающих данными заболеваниями и расстройствами.

1.2. В ч.6 ст.70 Федерального закона 323-ФЗ указывается, что «диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием». Раздел V «Психические расстройства и расстройства поведения», действующей в настоящее время Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) и принятой в Российской Федерации, не содержит указаний на хронический характер заболевания, стойкость болезненных проявлений и частоту их обострений. Таким образом, решение вопроса об установлении диспансерного наблюдения за лицами, страдающими психическими расстройствами, не может ограничиваться только постановкой диагноза по МКБ-10, но требует дополнительных уточнений, на что и указывается в рассматриваемом проекте Порядка.

1.3. В ч. 1 ст. 27 Закона 3185-1 указывается, что «диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», то есть также не содержится указание на определенный диагноз.

1.4. Таким образом предлагается оставить без изменений содержание данного положения как вносящего важное уточнение для определения состояния лица, страдающего психическим расстройством или расстройством поведения в рамках определенной диагностической категории и нуждающегося в установлении диспансерного наблюдения.

2. П. 3 замечаний – можно согласиться. Предлагается следующая редакция: «Диспансерное наблюдение включает мероприятия, проводимые с определенной периодичностью и направленные на необходимое обследование лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями в целях своевременного выявления, лечения,

профилактики и осуществления медицинской реабилитации».

3. П.4 замечаний: с замечанием можно согласиться. Предлагается следующая редакция:

«Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации и о нем письменно или устно не позже 30 дней после принятия такого решения информируется пациент, о чем делается запись в медицинской документации».

4. П.5 замечаний: предлагаемая редакция в проекте Порядка находится в строгом соответствии с ч.5 ст.23 Закона 3185-1 (в Законе: «Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона»; в проекте Порядка: «Лицо, страдающее психическим расстройством и в связи с этим находящееся на диспансерном наблюдении, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя»).

5. П. 6.1. замечаний – см. комментарии в тексте проекта Порядка.

П.6.2. замечаний – целесообразно оставить предлагаемую редакцию пунктов как более удобную для практического применения и соответствующую Приказу МЗ РФ от 31.12.2002 №420.

6. В соответствии с п. 6.3., 9.6. и 12 замечаний к проекту Порядка представляется целесообразным изложить положения, устанавливающие критерии, на основании которых медицинский работник должен принимать решение о выведении пациентов из группы АДН, а также порядок осуществления процессной части данных мероприятий. Соответствующие предложения прилагаются в тексте проекта Порядка.

Относительно пункта 6.3. замечаний к проекту Порядка.

Активное диспансерное наблюдение (АДН) на протяжении нескольких десятилетий является значимой мерой предупреждения общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами в нашей стране. В настоящее время порядок осуществления АДН определяется приказом Минздрава России и МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами». Данный вид профилактической работы был признан действенным, нуждающимся в сохранении и развитии решением Правительственной комиссии по профилактике правонарушения (Протокол №4 от 16.12.2016 г.).

Установление за больным АДН не определяется привлечением его к уголовной ответственности, не является принудительной мерой медицинского характера и не регламентируется уголовным законодательством. Согласно приказу Минздрава России и МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто

обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, кабинетах)». В данной связи именно эта формулировка была использована в проекте обсуждаемого «Порядка диспансерного наблюдения...».

7. С замечаниями к проекту Порядка по пунктам 11 и 13 можно согласиться. Соответствующие предложения прилагаются в тексте проекта Порядка.