

# АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## СОСТОЯНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПОСТМОДЕРНИЗАЦИОННОМ ЭТАПЕ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОРГАНИЗОВАННОГО В 2018 г. АУДИТА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В 45 СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клименко Т.В.<sup>1,2</sup>, Козлов А.А.<sup>1</sup>

*klimenko17@mail.ru*

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского  
Национальный научный центр наркологии  
119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3

<sup>2</sup> Всероссийский государственный университет юстиции  
117638, г. Москва, ул. Азовская, д. 2, кор. 1

Статья поступила 25.12.2018

*Показаны результаты аудита состояния наркологической службы в 46 субъектах Российской Федерации, выявлены и проанализированы основные организационно-методические ошибки.*

**Ключевые слова:** *наркологические расстройства, профилактика, психоактивное вещество, медицинская помощь, наркологическая служба, приказ Минздрава.*

В соответствии с национальным проектом «Здравоохранение: 2019–2024 гг.» и федеральным проектом «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий (паспорт утвержден на заседании проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. №3) в Российской Федерации организованы 21 национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) по 26 основным профилям медицинской деятельности. Перед НМИЦ поставлена задача внедрения медицинских инновационных технологий, клинических рекомен-

Об авторах:

**Клименко Татьяна Валентиновна** – д-р мед. наук, профессор, директор ННЦ наркологии, филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин и криминалистики Всероссийского государственного юридического университета Минюста России.

**Козлов Александр Александрович** – д-р мед. наук, заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

даций и обеспечение условий для оказания качественной медицинской помощи населению на самом современном уровне, и они наделены следующими функциями (письмо МЗ РФ от 11.10.2017 №27-4/3026): 1) организационно-методическое руководство организациями третьего уровня для формирования вертикально-интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи в субъектах РФ; 2) деятельность в области подготовки медицинских кадров по профилям оказания медицинской помощи.

Во исполнение установленных задач и в соответствии с наделенными полномочиями в период с октября по декабрь 2018 г. сотрудниками ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России был организован аудит состояния медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» в 45 субъектах РФ: Алтайский край, Амурская область, Белгородская область, Брянская область, Владимирская область, Воронежская область, Еврейская автономная область, Забайкальский край, Ивановская область, Иркутская область, Калужская область, Камчатский край, Кемеровская область, Костромская область, Красноярский край, Курганская область, Курская область, Липецкая область, Магаданская область, г. Москва, Московская область, Новосибирская область, Омская область, Орловская область, Приморский край, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Республика Тыва, Республика Хакасия, Рязанская область, Сахалинская область, Свердловская область, Смоленская область, Тамбовская область, Тверская область, Томская область, Тульская область, Тюменская область, Хабаровский край, Ханта-Мансийский автономный округ – Югра, Челябинская область, Чукотский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ, Ярославская область.

Субъекты РФ, в которых проводился аудит, в значительной степени различались по многим показателям, прямо не связанным со здравоохранением, но оказывающим существенное влияние на организацию медицинской помощи по проанализированным профилям: площадь территории, географические условия, транспортные возможности, население, его возрастной состав, плотность, распределение на городское и сельское, величина населенных пунктов, их удаленность от областных (краевых, республиканских) центров и крупных городов и пр. Учитывая отмеченные особенности, анализ качества оказания медицинской помощи осуществлялся по трем взаимосвязанным направлениям: качество структуры, качество процесса и качество результата.

Было проведено изучение состояния и качества медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» в прикрепленных субъектах РФ по следующим направлениям: наркологическая заболеваемость; организация наркологической помощи, в том числе по медицинской реабилитации; обеспеченность кадрами; лекарственное обеспечение; эффективность медицинской наркологической помощи; организация контроля качества медицинской наркологической помощи; организация помощи лицам, находящимся в общественных местах в со-

стоянии опьянения и потерявших способность к передвижению; организация судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и недобровольного лечения; деятельность по профилактике немедицинского потребления психоактивных веществ (ПАВ); расширение доступности наркологической помощи; санитарно-техническое состояние помещений наркологических организаций (областные / краевые / республиканские наркологические диспансеры / больницы).

Последние несколько лет в соответствии с Указом Президента РФ [15] государственная наркологическая служба страны была подвергнута серьезной модернизации [10], в рамках которой наряду с существенным улучшением санитарно-технического состояния и материально-технической оснащенности медицинских наркологических организаций был организован комплексный лечебно-реабилитационный процесс, система раннего выявления лиц с риском развития наркологических расстройств, система профилактики немедицинского потребления ПАВ и разработан комплекс нормативных правовых документов по организации всех указанных видов медицинской деятельности [3].

Медицинская помощь по профилю «психиатрия-наркология» и ее лекарственное обеспечение организуются в соответствии с «порядком» и «стандартами» оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», утвержденными приказами Минздрава России [7; 8; 9; 11; 13], а ее оценка проводится в соответствии с утвержденными приказом Минздрава России критериями оценки качества медицинской помощи [14]. Санитарно-техническое состояние помещений и материально-техническое оснащение большинства медицинских наркологических организаций соответствует установленным требованиям.

Однако, несмотря на все достигнутые позитивные изменения в системе оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», были выявлены проблемные аспекты, без решения которых в ближайшей перспективе невозможно дальнейшее совершенствование системы наркологической помощи и оптимизация ее деятельности.

### **Заболеваемость наркологическими расстройствами**

По результатам предпринятых мер наблюдается существенное улучшение эффективности работы государственной наркологической службы за период с 2009 по 2017 гг., за исключением некоторых субъектов РФ, где показатели заболеваемости не соответствуют положительным общероссийским тенденциям.

В большинстве субъектов РФ с 2013 по 2017 гг. наблюдается снижение всех показателей зарегистрированной наркологической заболеваемости вследствие употребления алкоголя, за исключением трех субъектов РФ, где показатели общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы, увеличились: Еврейская АО (+17,7%), Республика Бурятия (+3,3%) и Республика Саха (Якутия) (+1,6%). На фоне последовательного снижения среднероссийских показателей общей заболеваемости наркоманией (-18,0%) продолжается рост данных показателей в Еврейской АО (+96,5%), Ярославской (+61,9%), Владимирской

(+46,5%), Рязанской (+30,1%), Брянской (+17,4%), Курганской (+11,8%), Калужской (+8,9%), Тульской (+7,2%), Орловской (+6,2%), Костромской (+5,9%), Челябинской (+5,8%), Воронежской (+5,0%), Московской (+4,3%), Сахалинской (+0,7%) областях; Камчатском крае (+37,8%), Республике Хакасия (+19,6%), Республике Бурятия (+12,1%). На фоне последовательного снижения среднероссийских показателей общей заболеваемости наркологическими расстройствами у подростков 15–17 лет (–45,4%) наблюдается их рост в Еврейской АО (+43,6%), Тюменской (+21,9%), Курганской области (+19,8%), Чукотском АО (+15,4%), Брянской области (+13,9%), Ханты-Мансийском АО (+10,6%), Республике Саха (Якутия) (+4,1%), Ярославской области (+3,2%). Увеличивается количество больных, которые после проведения им медикаментозной терапии включаются в программы медицинской реабилитации в стационарных (+5,9) и амбулаторных (+0,5) условиях, за исключением Белгородской, Калужской, Курской, Кемеровской, Костромской, Омской, Челябинской, Свердловской, Смоленской, Новосибирской, Белгородской, Сахалинской, Магаданской, Липецкой, Свердловской, Тверской, Тамбовской областей, Камчатского, Забайкальского, Хабаровского, Красноярского и Алтайского краев, ХМАО, ЯНАО, Республики Хакасия, Республики Бурятия, Республики Саха (Якутия), где эти показатели даже снижаются. Растут показатели продолжительности ремиссий при синдроме зависимости от ПАВ, за исключением ХМАО, ЯНАО, Еврейской АО, Чукотской АО, Республики Хакасия, Республики Саха (Якутия), Амурской, Курской, Белгородской, Амурской, Воронежской, Костромской, Курганской, Магаданской, Свердловской, Омской, Тюменской, Челябинской областей, Камчатского, Красноярского, Хабаровского, Забайкальского краев.

### **Госпитализация в наркологический стационар больных в состоянии психоза и в состоянии тяжелого опьянения**

Госпитализация в наркологический стационар больных в состоянии психоза и в состоянии тяжелого опьянения не позволяет получить от пациентов добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. В соответствии с п. 9 ст. 20 Федерального закона №323-ФЗ [16] медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается: 1) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни по решению консилиума врачей или лечащего (дежурного) врача; 2) при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по решению консилиума врачей или лечащего (дежурного) врача; 3) в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами по решению суда. Обычно недобровольная госпитализация оформлялась «по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни», что требует соответствующего решения консилиума врачей или лечащего (дежурного) врача, и оказываемое лечение должно соответствовать медицинским мероприятиям, которые обычно предпринимаются для устранения угрозы жизни.

Федеральный закон №323-ФЗ [16] допускает недобровольную госпитализацию по решению консилиума врачей (лечащего или дежурного врача) на срок не

более 48 часов. Если за данный период времени состояние психоза или тяжелого опьянения у больного не купировано, и его психическое состояние по-прежнему не позволяет получить от него добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, необходимо проведение обязательного освидетельствования комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения (ст. 32 закона РФ «О психиатрической помощи...») и соответствующее решение суда [1].

### **Оказание помощи лицам, находящимся в общественном месте в состоянии опьянения и потерявшим способность к передвижению («опьяневшие лица»)**

Практика показывает, что у 75% «опьяневших лиц» возможно естественное вытрезвление, и они не нуждаются в медицинской помощи. В связи с этим на селекторных совещаниях Минздрава России неоднократно озвучивалось мнение, что оказание помощи данной категории «опьяневших лиц» не относится к компетенции организаций здравоохранения, и для них необходимо организовать специальные социальные помещения для естественного вытрезвления.

Несмотря на такую позицию Минздрава России, курирующим данный вопрос органом исполнительной власти в 24 субъектах РФ определено региональное министерство (департамент) здравоохранения (г. Москва, Алтайский край, Амурская область, Брянская область, Республика Бурятия, Владимирская область, Воронежская область, Еврейская АО, Иркутская область, Камчатский край, Костромская область, Курская область, Липецкая область, Магаданская область, Московская область, Новосибирская область, Республика Алтай, Рязанская область, Свердловская область, Смоленская область, Тамбовская область, Тульская область, Тюменская область, Забайкальский край), в 2 субъектах – УМВД (Курганская область, Приморский край), в 17 субъектах – межведомственная комиссия (Белгородская область, Ивановская область, Калужская область, Кемеровская область, Красноярский край, Омская область, Орловская область, Республика Хакасия, Тверская область, Томская область, Республика Тыва, Хабаровский край, Ханты-Мансийский АО – Югра, Челябинская область, Республика Саха (Якутия), Ямало-Ненецкий АО, Ярославская область), и ни в одном субъекте – министерство (департамент) социальной защиты.

В Челябинской области (г. Челябинск) функционирует муниципальное бюджетное учреждение «Центр временного пребывания для лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения». В г. Кызыл Республики Тыва создано муниципальное казенное учреждение «Центр по оказанию социально-реабилитационной помощи лицам, задержанным в общественных местах в алкогольном опьянении». Во всех остальных субъектах РФ «опьяневшие лица» госпитализируются либо в медицинские наркологические организации, либо в стационары многопрофильных медицинских организаций. В единичных субъектах РФ в медицинских организациях для данной категории «опьяневших лиц» организованы специальные отделения (помещения), либо выделены отдельные палаты или койки, в том числе с охраной и (или) отдельным входом (Амурская область,

Камчатский край, Курская область, Магаданская область, Новосибирская область, Рязанская область, Смоленская область, Тюменская область). В Ивановской, Костромской и Томской областях в структуре областных наркологических диспансеров организованы специализированные пункты, оказывающие помощь «опьяневшим лицам».

В большинстве субъектов РФ «опьяневшие лица» доставляются в стационарные отделения наркологических организаций и/или приемные отделения многопрофильных больниц, где они находятся в течение 6–12 часов без какого-либо лечения, поскольку они в нем не нуждаются. Данная практика оказания помощи «опьяневшим лицам» грубо нарушает лечебно-охранительный режим медицинских организаций (подразделений) и подвергает опасности вследствие их агрессивных действий пациентов и медицинский персонал медицинских организаций.

### **Лечение больных с нехимическими зависимостями**

Лечение больных с нехимическими зависимостями на системном уровне не организовано ни в одной медицинской наркологической организации.

### **Медицинская реабилитация (МР)**

Все субъекты РФ в своих отчетах заявляют об организации амбулаторной МР, но отделения амбулаторной реабилитации организованы только в 16 субъектах РФ (Алтайский, Забайкальский край, Белгородская, Ивановская, Иркутская, Кемеровская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Новосибирская, Омская, Рязанская, Смоленская области, Москва, Республика Хакасия). Наиболее развита эта форма организации помощи в Москве (10 отделений), Иркутской области (5), Алтайском крае (4), Липецкой области и Рязанской области (по 3), Кемеровской области и Московской области (по 2). В 9 субъектах РФ организовано по одному отделению амбулаторной реабилитации. В 26 остальных субъектах РФ функциональные обязанности по амбулаторной МР возложены на врачей психотерапевтов, медицинских психологов или даже на участковых врачей психиатров-наркологов, которые не имеют соответствующих знаний и навыков и лишь формально отчитываются о предоставлении данного вида медицинской помощи.

Отделения стационарной МР во многих субъектах РФ также организованы по формальному признаку: вместо специализированного отделения организованы несколько коек для МР в стационарных условиях в наркологическом отделении, что не позволяет методологически грамотно организовать реабилитационный процесс. В Чукотском АО нет ни реабилитационных отделений, ни коек.

### **Анонимное лечение**

Анонимное лечение уже много лет организуется во всех субъектах РФ в соответствии с приказом Минздрава России от 23 августа 1999 г. №327 [4], при этом выявлены следующие противоречия и самого приказа, и практики его применения более поздним нормативным правовым документам, которые регламен-

тируют порядок организации специализированной наркологической помощи: 1) в противоречие приказу Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. №302н [6] позволяет лицам с наркологическими расстройствами получить доступ ко всем опасным и связанным с повышенными рисками профессиям и видам деятельности; 2) оказание медицинской помощи на бюджетной основе и в стационарных и в амбулаторных условиях противоречит ст. 83 Федерального закона №323-ФЗ [16], согласно которой субъект РФ возмещает расходы на лечение только жителям своего субъекта, а анонимно могут лечиться жители другого субъекта или даже жители другой страны.

Еще более спорная ситуация сложилась с так называемым конфиденциальным лечением, когда государственная медицинская наркологическая организация оказывает медицинскую помощь лицу с наркологическим расстройством на внебюджетной основе, но сведения об этом, по-видимому для привлечения пациентов к такой форме сотрудничества, не размещает в архивной базе данных. Как следствие, эти лица, так же как и лица, лечившиеся на анонимной основе, не будут ограничены в правах в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №302н [6]. Но, если для проведения лечения лиц с наркологическими расстройствами на анонимной основе есть регламентирующий его приказ Минздрава России [6], то лечение на конфиденциальной основе с «закрытием» персонифицированной информации об этом находится под личной ответственностью руководителя государственной наркологической организации, где такая форма лечения организуется.

### **Производство судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ)**

СПЭ организовано в 14 субъектах РФ из 45 проанализированных: Республика Бурятия, Амурская область, Москва, ХМАО-Югра, Ямало-Ненецкий АО, Калужская, Рязанская, Челябинская и Воронежская области, Хабаровский, Красноярский, Приморский и Алтайский край, Республика Хакасия. Все они имеют лицензию на производство СПЭ и от одного до трех врачей, имеющих сертификат по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза».

Только в трех субъектах РФ (Красноярский край, Хабаровская область и г. Москва) СПЭ дает ответ на традиционные для уголовного процесса экспертные вопросы о вменяемости-невменяемости. В 9 субъектах РФ (Амурская, Воронежская, Рязанская, Челябинская области, Ямало-Ненецкий АО, Республика Бурятия, Приморский и Алтайский край, Республика Хакасия) СПЭ не отвечает на эти вопросы и ограничиваются только ответами на вопросы в порядке ч. 3.2 ст. 196 УПК РФ: 1) Страдает ли подэкспертный наркоманией или алкоголизмом? 2) Нуждается ли подэкспертный в лечении от наркомании или алкоголизма? 3) Нет ли противопоказаний к лечению от наркомании или алкоголизма? В такой ситуации при выявлении у испытуемого лица наркологического расстройства судебно-следственные органы вынуждены повторно назначать производство СПЭ для получения ответов на «традиционные» для уголовного процесса вопро-

сы, что затягивает сроки следствия и создает дополнительную и неоправданную финансовую нагрузку на бюджеты субъектов РФ.

Во многих субъектах РФ по постановлению следователя (суда) проводятся судебно-наркологические экспертизы, которые федеральными законами не предусмотрены.

Также выявлены случаи, когда в нарушение требований п. 3.2 ст. 196 УПК РФ вместо СПЭ проводится комиссионное медицинское освидетельствование с целью установления у подозреваемого (обвиняемого) «наркомании», наркологического расстройства для решения вопроса о необходимости производства СПЭ в отношении данного лица. Это является излишней процедурой, также затягивает сроки следствия по уголовному делу и создает дополнительную и излишнюю нагрузку на бюджет субъектов РФ.

### **Система раннего выявления лиц с наркологическими расстройствами**

Организованная система раннего выявления лиц с наркологическими расстройствами (все формы профилактических медицинских осмотров и медицинских освидетельствований) не выявляет большинство потребителей ПАВ. Это связано с тем, что используемые при этом предварительные методы химико-токсикологического исследования (ХТИ) [5] не детектируют большинство новых ПАВ, на которые приходятся основные объемы нелегального наркорынка. Это приводит к дополнительной и неоправданной финансовой нагрузке на испытуемого гражданина / работника / работодателя / медицинскую организацию.

Поскольку предварительные методы исследования не позволяют детектировать большинство новых ПАВ, в субъектах РФ использует один из двух следующих алгоритмов действий:

1) после проведения предварительных методов все биопробы отправляются на подтверждающие методы, что нарушает нормы приказа Минздрава России №933н [12], и все чаще опротестовывается в судах как недопустимое доказательство;

2) в соответствии с нормами приказа Минздрава России №933н [12] при получении отрицательных результатов предварительных ХТИ дается заключение об отсутствии состояния опьянения, но в этом случае большинство потребителей новых ПАВ не выявляются.

Таким образом, остро встает вопрос о целесообразности применения методов предварительного анализа с учетом их высокой стоимости и низкой эффективности.

Профилактические медицинские осмотры обучающихся для выявления потребителей наркотических средств

Профилактические медицинские осмотры обучающихся для выявления потребителей наркотических средств ориентированы на раннее выявление лиц из группы риска. Результативность данных медицинских вмешательств также невысокая: выявлены наркопотребители только в 28 из 45 анализируемых субъектов



РФ и с низкими показателями выявления (0,01–0,6%). При этом во всех субъектах РФ за 3 анализируемых года (2015–2017 гг.) отмечено снижение показателей выявленных наркопотребителей среди обучающихся. Низкие показатели выявленных наркопотребителей, с одной стороны, могут быть расценены, как отражение благополучной наркоситуации среди обучающихся, а с другой стороны, могут быть связаны с низкой эффективностью используемых методов детектирования ПАВ.

Организация раннего выявления наркопотребителей среди обучающихся обычно осуществляется с нарушением основных принципов федерального законодательства [17]:

1) нет взаимодействия между учреждениями образования, которые организуют социально-психологическое тестирование (первый этап), и медицинскими наркологическими организациями, которые организуют профилактические медицинские осмотры (второй этап);

2) при формировании в субъекте РФ плана профилактических мероприятий никогда не учитывается проблема с наркопотреблением в школах по данным социально-психологического тестирования и по результатам профилактических медицинских осмотров.

### **Взаимодействие с первичным звеном здравоохранения**

С июля 2017 г. в субъектах РФ по инициативе Минздрава России организуется деятельность по расширению доступности медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» лицам с наркологическими расстройствами, в том числе путем организации в первичном звене здравоохранения скрининга лиц с проблемным употреблением алкоголя и их последующего мотивационного консультирования [2]. В связи с отсутствием нормативного правового регулирования данной формы профилактической работы она отличается по разным субъектам РФ. Многие субъекты в отчетных документах по данной работе указывают на скрининг лиц с наркологическими расстройствами в первичном звене здравоохранения, что неверно по следующим причинам: 1) врачи-интернисты не уполномочены устанавливать диагноз наркологического расстройства, что согласно приказу Минздрава России №1034н [11] входит в компетенцию только врача психиатра-нарколога, 2) скрининг проводится по специальным анкетам, которые позволяют выявить у лица только проблемы, связанные с употреблением алкоголя, но не наличие наркологического расстройства.

### **Наркологические кабинеты**

Наркологические кабинеты организованы при центральных районных больницах (ЦРБ) в рамках модернизации наркологической службы с целью расширения доступности специализированной наркологической помощи в первичном звене здравоохранения. В большинстве субъектов РФ они являются структурными подразделениями ЦРБ и наркослужбе субъекта административно не подчинены. Это затрудняет получение от них любой, в том числе статистической информации, и

не позволяет осуществлять над ними организационно-методическое сопровождение. Согласно приказу Минздрава России 1034н [11], наркодиспансер должен оказывать им методологическую помощь, но нет административных рычагов, обязывающих наркологические кабинеты эту методологическую помощь принимать.

### **Низкая обеспеченность кадрами**

Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами, врачами психотерапевтами, психологами, социальными работниками, специалистами по социальной работе составляет не более 81–83%; высокий коэффициент совместительства среди врачей – 1,6–1,7. Особенно остро стоит кадровая проблема в наркологической службе в отдаленных районах субъектов РФ. Кроме того, с каждым годом все меньше времени врач психиатр-нарколог уделяет лечебно-реабилитационной работе с пациентами: 2/3 рабочего времени на амбулаторном приеме врач психиатр-нарколог тратит на профилактические медицинские осмотры (оформление справок) и только 1/3 его рабочего времени связана с непосредственной профессиональной деятельностью – лечением и медицинской реабилитацией пациентов (!!!): число посещений больных в год на одну занятую врачебную должность с 2013 по 2017 гг. соответственно 5319 – 5794 – 6165 – 6098 – 6234 посещений, из них по поводу лечения и реабилитации соответственно 1899 – 1922 – 1925 – 1881 – 1902 (!!!), все остальные – по поводу получения разного рода справок.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ**

Результаты проведенного аудита состояния медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» в 45 субъектах РФ показали, что по результатам проводимой последние годы государственной политики, направленной на снижение уровня потребления ПАВ в населении, а также по результатам модернизации наркологической службы во всех субъектах страны (кроме Чукотского АО) организована межведомственная трехуровневая система профилактики немедицинского потребления ПАВ, которая обеспечена удовлетворительным состоянием материально-технической базы и адекватным законодательным и нормативным правовым регулированием. Это позволило в целом по РФ улучшить (снизить) большинство показателей наркологической заболеваемости и улучшить основные показатели эффективности оказания наркологической помощи. Но, несмотря на позитивные тенденции по большинству проанализированных показателей, выявлены существенные различия в структуре и процессах организации наркологической помощи, а также ее качестве и эффективности в различных регионах РФ. Также выявлены общие для всех субъектов РФ ошибки в понимании и реализации нормативного правового регулирования оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», что во многом связано с отсутствием закона «Об оказании наркологической помощи» и об отсутствии единого мнения о возможности применения закона «О психиатрической помощи...» или его отдельных норм на пациентов с наркологическими расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 19.07.2018).
2. Клименко Т.В., Корчагина Г.А., Рыбакова Л.Н., Гречаная Т.Б. Об организации специализированной медицинской наркологической помощи в первичном звене здравоохранения. // Вопросы наркологии. – 2018. – №4. – С. 89–100.
3. Клименко Т.В., Козлов А.А. Современное состояние, достижения, проблемы аспекты и перспективы развития системы оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология». // Вопросы наркологии. – 2018. – №9 (169). – С. 5–17.
4. Приказ Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. №327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)» [Электронный ресурс]: справочно-правовая система «Гарант». – <http://base.garant.ru/12116904/#ixzz5OvtPPl01>.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. №40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – №11.
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 №302н (ред. от 06.02.2018) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» [Электронный ресурс]: справочно-правовая система «КонсультантПлюс».
7. Приказ Минздрава России от 04.09.2012 №127н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ». // Российская газета. – 2013. – №110/1.
8. Приказ Минздрава России от 4 сентября 2012 г. №129н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ». // Российская газета. – 2013. – №110/1.
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. №135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ». // Российская газета. – 2013. – №110/1.
10. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 №263 (ред. от 07.12.2015) «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 г.» [Электронный ресурс]. – <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8117-prikaz-263-ot-05-06-2014-ob-utverzhenii-kontseptsii-modernizatsii-narkologicheskoy-sluzhby>.
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. №1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 25.03.2016).
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 декабря 2015 г. №933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 15.03.2016).

13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. №302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 17.06.2016).
14. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 17.05.2017).
15. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]: справочно-правовая система «Гарант». – <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz5Oqv44CEO>.
16. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 22.11.2011).
17. Федеральный закон от 7 июня 2013 года №120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» [Электронный ресурс]. – Официальный интернет-портал правовой информации: <http://www.pravo.gov.ru>. – (дата обращения 27.06.2018).

## THE STATE OF THE ART OF ADDICTION CARE SERVICE AFTER ITS MODERNIZATION: ACTUAL PROBLEMS AND THE WAYS TO OVERCOME THEM ACCORDING TO THE OUTCOMES OF AN AUDIT CONDUCTED IN 2018 IN 45 SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Klimenko T.V.<sup>1,2</sup>, Kozlov A.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
National Scientific Research Centre on Addictions  
3, Malyy Mogiltsevsky per., Moscow, 119002, Russia

<sup>2</sup> All-Russian State University of Justice  
2/1, Azovskaya st., Moscow, 117638, Russia

The results of an audit of the state of the art of addiction care service conducted in 45 subjects of the Russian Federation were examined; the main organizational and methodological errors were detected and analyzed.

**Keywords:** *substance use disorders, prevention, psychoactive substance, medical care, addiction care service, order of the Ministry of Health.*