

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 27 декабря 2024 года
№ 114. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 28 декабря
2024 года № 35560Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

**О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики
Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении
стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области
психического здоровья населению Республики Казахстан»**

ПРИКАЗЫВАЮ:

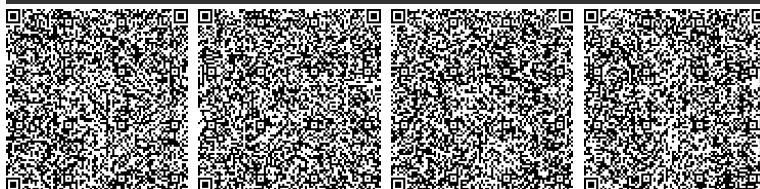
1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21712) следующее изменение:

стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан, утвержденный указанным приказом изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. 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;



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) настоящего пункта.

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

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

Министр здравоохранения Республики Казахстан

А. Альназарова

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года
№ 114

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 с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «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) поддерживающая терапия агонистами опиоидов (далее – ПТАО) – метод лечения опиоидной зависимости с использованием длительно действующих лекарственных препаратов (агонистов или частичных агонистов опиоидов) в сочетании с психосоциальной поддержкой;

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

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

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

5) оперативное подразделение (далее – ОП) – структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее взаимодействие между специалистами различных секторов региона при оказании помощи несовершеннолетнему с суицидальным поведением, а также формирующее статистику суицидального поведения несовершеннолетних и оказанной помощи в регионе;

6) консультативное наблюдение – медицинское наблюдение за лицом с пагубным употреблением психоактивного вещества и (или) лицом с патологическим влечением к азартным играм;

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

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

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

10) 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;

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

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

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

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

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

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

Глава 2. Структура организаций здравоохранения, 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;

районная больница, создаваемая в районном центре и городах районного значения;

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);

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;

оперативное подразделение по координации превенции суицидов;

структурные подразделения, соответствующие задачам 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);

подразделения медико-социальной реабилитации (в структуре которых создаются лечебно-трудовые 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;

структурные подразделения, соответствующие задачам организации, а также подразделения необходимые для обеспечения жизнедеятельности организации.

Глава 3. Основные задачи и направления деятельности организаций здравоохранения, 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 кабинет психического здоровья (далее – КПЗ) или ПЦПЗ, предусматривает следующие задачи:

1) выявление лиц с ППР и, при наличии оснований, направление их в КПЗ, ПЦПЗ либо в ЦПЗ;

2) диагностику и 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;

диагностика заболеваний, лечение лиц, совершивших суицидальную попытку и/или имеющим риск суицидального поведения;

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 закреплённой сельской территории;

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

- 3) диагностика заболеваний, лечение лиц с ППР, осуществление динамического и консультативного наблюдения лиц с ППР, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического и консультативного 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, предоставление противорецидивной, поддерживающей (в том числе агонистами опиоидов) терапии лицам, зависимым 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, в том числе у лиц, совершивших суицидальную попытку и/или имеющих риск суицидального поведения;
- 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 закрепленной 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, в том числе при госпитализации пациентов в стационары не наркологического профиля;

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 ЦЦПЗ, ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР, в том числе у лиц, совершивших суицидальную попытку и/или имеющим риск суицидального поведения;

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 районной 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 медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях;

4) достижение длительной и устойчивой ремиссии, обеспечение непрерывности противорецидивной, поддерживающей (в том числе агонистами опиоидов) терапии лиц, зависимых от ПАВ;

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

б) консультативная помощь врачам ПЦПЗ, ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения ППР, том числе у лиц, совершивших суицидальную попытку и/или имеющим риск суицидального поведения;

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, том числе у лиц, совершивших суицидальную попытку и/или имеющим риск суицидального поведения;

б) 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) реализацию 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) осуществление динамического наблюдения за лицами с синдромом опиоидной зависимости в рамках диагнозов ППР F11.2, F 19.2 (без учета территориального прикрепления) на период нахождения на ПТАО;

2) услуги по выдаче лекарственных препаратов, лекарственных средств с занесением данных в информационную систему учета амбулаторного лекарственного обеспечения, психосоциальное консультирование в соответствии с утвержденным клиническим протоколом;

3) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов;

4) снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических средств и психотропных веществ;

5) снижение риска передачи ВИЧ и других гемоконтактных инфекций среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики;

6) повышение приверженности к антиретровирусной терапии лиц, живущих с ВИЧ;

Критерии для назначения ПТАО:

1) синдром опиоидной зависимости в рамках диагнозов ППР F11.2, F 19.2;

2) способность дать информированное согласие;

3) возраст старше 18 лет.

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 ППР по МКБ-10 и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра, входящие в компетенцию врача ПМСП и проводит лечебные мероприятия согласно приложению 1 к настоящему Стандарту. При подозрении на наличие у лица диагноза ППР по МКБ-10, не входящие в компетенцию, врач ПМСП перенаправляет его в КПЗ или ПЦПЗ или ЦПЗ по территориальному прикреплению;

4) в случае установления диагноза пограничных ППР, входящих в компетенцию врача ПМСП впервые в текущем году - направление информации в КПЗ или ПЦПЗ или ЦПЗ 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, или направленного другими специалистами (врачами, психологами) - проведение мероприятий, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

6) заполнение первичной медицинской документации;

7) проведение сверки с врачом КПЗ или ПЦПЗ или ЦПЗ 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 или ЦПЗ 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) составление плана лечения (медикаментозного, психотерапевтического, психосоциального) и 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 и консультативном наблюдении, а также прекращении динамического и консультативного наблюдения в соответствии с пунктом 3 статьи 176 и 176-1 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 Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 260 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32922);

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 наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического и консультативного 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 или руководителю амбулаторной службы ЦПЗ;

16) при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании, или направленного другими специалистами (врачами, психологами) - проведение мероприятий, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта.

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) идентификацию пациента;

2) консультативно-диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

3) индивидуальные и групповые психотерапевтические консультации, психотерапевтические интервенции;

4) ведение учетно-отчетной документации;

5) 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 или ЦПЗ осуществляет:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) психопрофилактические мероприятия, психологическое консультирование, экспериментально-психологическое обследование и психокоррекцию;
- 3) информационно-образовательную работу с медицинским персоналом по вопросам психогигиены, эмоционального выгорания;
- 4) оценку эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;
- 5) ведение учетно-отчетной документации;
- 6) предоставление руководителю 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. Медицинский психолог ПЦПЗ или ЦПЗ при выявлении лица с суицидальным поведением, обратившегося самостоятельно, или направленного другими специалистами осуществляет следующие мероприятия:

1) получает разрешение на проведении работы по коррекции мышления, поведения и эмоций и, при наличии оснований, последующей передачи информации о несовершеннолетнем в ОП (при выявлении несовершеннолетнего лица):

если несовершеннолетний младше 16 лет у законных представителей;

если старше 16 лет у несовершеннолетнего.

При отказе и отсутствии предварительного осмотра врача, определившего наличие показаний для проведения обследования без согласия, указанных в статье 137 Кодекса, ограничивается предоставлением несовершеннолетнему памятки с

контактами организаций и/или специалистов, осуществляющих экстренную, а также плановую офлайн и онлайн психологическую помощь на уровне региона, и онлайн психологическую помощь на республиканском уровне;

2) принимает меры для обеспечения психологической безопасности основанного на безусловном уважении, эмпатии, искренности по отношению к лицу и недопустимости какого-либо давления;

3) проводит работу по коррекции мышления, поведения и эмоций;

4) оценивает результат проведенной работы по коррекции (текущее состояние, отношение к суицидальному поведению, планы на будущее);

5) сообщает о выявленном случае в ОП;

6) при наличии оснований, принимает меры для перенаправления на консультацию к ВОП или врачу-психиатру.

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

1) идентификацию пациента;

2) оказание социально-правовых, социально-бытовых, социально-трудовых, социально-культурных услуг;

3) ведение учетно-отчетной документации;

4) 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).

31. Заведующий ПЦПЗ или руководитель амбулаторной помощи ЦПЗ 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 или амбулаторной службы в ИАМЦ территориального ЦПЗ (ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

32. Врач психиатрического профиля кабинета ПТАО осуществляет:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) ознакомление пациента с письменным добровольным согласием на получение ПТАО согласно приложению 2 к настоящему Стандарту;
- 3) составление индивидуального плана медико-социального лечения пациента;
- 4) назначение лечения в соответствии с клиническим протоколом;
- 5) введение данных в ЭИС по учету лиц с ППР;
- 6) ведение медицинской документации с обеспечением контроля за правильностью заполнения;
- 7) направление лиц с подозрением на наличие сопутствующих заболеваний (по показаниям) в ПМСП;
- 8) организацию функционирования мультидисциплинарной группы кабинета;
- 9) предоставление информации о деятельности кабинета в ЦПЗ (ежемесячно).

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

33. 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, вызванными употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;
- 6) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 Уголовного Кодекса Республики Казахстан (далее – УК РК), вступившее в законную силу.

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

Госпитализация осуществляется добровольно или принудительно.

1) показания для стационарного лечения:

добровольно:

необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванным употреблением ПАВ, требующее круглосуточного наблюдения;

проведение обследований и экспертиз, требующих круглосуточного стационарного наблюдения.

принудительно:

при выявлении признаков, предусмотренных подпунктами 3) и 4) пункта 1 статьи 137 Кодекса.

2) противопоказания для госпитализации:

наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

35. 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.

36. 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, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21680);

2) дети и подростки до 18 лет;

3) беременные женщины;

4) женщины, имеющие детей в возрасте до 8 лет, и не лишённые 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.

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

38. 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; при выявлении лица, совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводит мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;
- 5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и 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;
- 8) при поступлении лица для осуществления принудительных мер медицинского характера, оповещает территориальные органы внутренних дел.

39. 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) направляет на прохождение обязательных и (или) дополнительных обследований;

2) 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, а при выявлении лица совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводит мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполняет первичную медицинскую документацию.

40. 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, а при выявлении лица, совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводит мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполняет первичную медицинскую документацию.

41. 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, а при выявлении лица совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводит мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию;

6) оповещает территориальные органы внутренних дел.

42. После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляют следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

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

3) оценку 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, а при выявлении лица совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводит мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

4) заполнение первичной медицинской документации.

43. После поступления в стационарное клиническое отделение лица с ППР для лечения в анонимном порядке, заведующий отделения и/или врач-ординатор осуществляют следующие мероприятия:

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

2) оценку психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения, а при выявлении лица совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проводят мероприятия, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

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

44. После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН заведующий отделения и/или врач-ординатор осуществляют следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

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

3) оценку психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения; а при выявлении лица совершившего суицидальную попытку и/или имеющего риск суицидального поведения, проведение мероприятий, согласно параграфу 6 настоящего Стандарта;

4) заполнение первичной медицинской документации.

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

1) идентификацию пациента;

2) психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациента;

3) психодиагностические исследования и диагностическое наблюдение.

46. Медицинский психолог при выявлении лица с суицидальным поведением, после поступления в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ПОСТИН, ЦПЗ, осуществляет следующие мероприятия:

1) получает разрешение на проведении работы по коррекции мышления, поведения и эмоций и, при наличии оснований, последующей передачи информации о несовершеннолетнем в ОП (при выявлении несовершеннолетнего лица):

если несовершеннолетний младше 16 лет у законных представителей;

если старше 16 лет у несовершеннолетнего.

При отказе и отсутствии предварительного осмотра врача, определившего наличие показаний для проведения обследования без согласия, указанных в статье 137 Кодекса, ограничивается предоставлением несовершеннолетнему памятки с контактами организаций и/или специалистов, осуществляющих экстренную, а также плановую офлайн и онлайн психологическую помощь на уровне региона, и онлайн психологическую помощь на республиканском уровне;

2) принимает меры для обеспечения психологической безопасности основанного на безусловном уважении, эмпатии, искренности по отношению к пациенту и недопустимости какого-либо давления;

3) проводит работу по коррекции мышления, поведения и эмоций;

4) оценивает результат проведенной работы по коррекции (текущее состояние, отношение к суицидальному поведению, планы на будущее);

5) сообщает о выявленном случае в ОП;

6) регистрирует случаи попытки суицида в журнале;

7) при наличии оснований, принимает меры для перенаправления на консультацию к ВОП или врачу-психиатру.

47. 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.

48. В клинических стационарных отделениях РНПЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц для лечения лиц с ППР 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 ППП, 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

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

53. Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда, о чем оповещаются территориальные органы внутренних дел.

54. 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 пациента.

55. Лицу, помещенному в стационар добровольно, отказывается в выписке, если комиссией врачей-психиатров организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья лицам с психическим, поведенческим расстройством (заболеванием), будут установлены основания для госпитализации в принудительном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 137 настоящего Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в стационаре, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном пунктами 7, 8, 9 статьи 168 настоящего Кодекса и пунктом 3 настоящей статьи.

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

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

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

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

1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванным 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.

59. 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).

60. 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.

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

62. 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.

63. При госпитализации в дневной стационар лица с ППП 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.

64. 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

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

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

67. 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

68. 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).

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

70. 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.

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

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

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

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

75. 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.

76. 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.

77. 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.

78. 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.

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

80. 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.

81. 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.

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

83. 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);

7) средний медицинский работник.

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

84. 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.

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

86. 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.

87. 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.

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

89. 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) лица с психопатией 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.

90. 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

91. При выявлении участковым врачом или врачом общей практики ПМСП или врачом психиатром 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;

4) сообщает о данном случае в ОП.

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

93. 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 регламентированной статьей 137 Кодекса.

При отказе и отсутствии показаний для проведения обследования без согласия, указанных в статье 137 Кодекса ограничивается:

1) оказанием несовершеннолетнему эмоциональной поддержки;

2) предоставлением несовершеннолетнему памятки с контактами организаций и/или специалистов, осуществляющих экстренную, а также плановую офлайн и онлайн психологическую помощь на уровне региона, и онлайн психологическую помощь на республиканском уровне.

94. Оценка риска совершения суицида осуществляется в соответствии с приложением 4 к настоящему Стандарту.

95. К предрасполагающим факторам риска совершения суицида относятся: состояние самого организма, тип нервной системы, его наследственные данные, резистентность организма, конституция (генетические, биологические особенности организма, семейная история самоубийств, проблемы психического здоровья, употребление и (или) злоупотребление психоактивными веществами, детская травма (психологическая).

96. К факторам защиты относятся: любое свойство или признак, ограждающий от суицидальных мыслей и поведения, снижающий вероятность совершения самоубийства (психологическая устойчивость, навыки решения проблем, адекватная самооценка, поиск помощи, социальная и семейная поддержка, религиозность, здоровый образ жизни).

97. К потенцирующим (усиливающим) факторам относятся: факторы, усиливающие и ускоряющие течение суицидального процесса (стрессовые жизненные события, наличие средств совершения суицида, безнадежность, психомоторное возбуждение, острые фазы психических расстройств, рискованное поведение).

98. При наличии у лица риска совершения суицида составляется план наблюдения и лечения, в соответствии с приложением 5 к настоящему Стандарту.

99. При выявлении чрезвычайного риска совершения суицида необходима консультация врача-психиатра.

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

100. Дистанционные медицинские услуги предоставляются в следующих условиях:

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

101. 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 получение 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.

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

1) первичное консультирование заявителя – предварительная диагностика, при наличии оснований, 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.

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

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

- 1) установления клинического диагноза при первичном обращении;
- 2) установления и снятия динамического и консультативного 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.

105. 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 наличии оснований);

- 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.

106. 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.

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

108. При оказании дистанционных медицинских услуг ведение первичной медицинской документации осуществляется по форме, определяемой в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

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

109. 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.

110. 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.

111. 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.

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

113. 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.

114. 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.

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

116. Рекомендуемый штат работников организаций здравоохранений, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья, специализированных медицинских организаций принудительного лечения и штаты ЦВАД осуществляются согласно приложению 6 к настоящему Стандарту.

117. Рекомендуемое оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранений, оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья, осуществляется согласно приложению 7 к настоящему Стандарту.

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 легкий;
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

**Письменное добровольное согласие на получение
поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента)
находясь в _____
(наименование медицинской организации)
даю свое добровольное согласие на получение ПТАО.

Условия ПТАО

ПТАО – рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности, метод лечения опиоидной зависимости с использованием длительно действующих лекарственных препаратов (агонистов или частичных агонистов опиоидов) в сочетании с психосоциальной поддержкой.

Метадон – синтетический опиоидный агонист μ -опиоидных рецепторов длительного действия. Обладает высокой способностью воздействовать на патогенетические механизмы формирования опиоидной зависимости, что сопровождается эффективным купированием синдрома отмены опиоидов, а также подавлением влечения (тяги, потребности в повторном приёме) к опиоидам, используемым потребителями в немедицинских целях. Активен при пероральном способе введения. Показания к применению: поддерживающая терапия агонистами опиоидов.

Бупренорфин – частичный агонист μ -рецепторов с некоторой антагонистической активностью в отношении κ -рецепторов. Показания к применению: поддерживающая терапия агонистами опиоидов.

Цели ПТАО:

1) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью;

2) снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических средств и психотропных веществ;

3) снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;

4) увеличение приверженности к антиретровирусной терапии лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией, зависимых от опиоидов.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к действующему веществу или к любому другому компоненту препарата; Длительный (выраженный) запор и/или диарея; Органические поражения сердца; Тяжелая форма почечной и/или печеночной недостаточности; Некомпенсированный диабет; Порфирия; Лактация; Артериальная гипотензия; Внутричерепная гипертензия; Черепно-мозговая травма; Приступ бронхиальной астмы; Хроническая обструктивная болезнь легких; Дыхательная недостаточность; Синдром «легочное сердце»; Гиповолемия.

Побочные эффекты:

Основные риски, связанные с использованием метадона – это угнетение дыхания, а также, в меньшей степени, недостаточностью кровоснабжения, остановка дыхания, шок и остановка сердца. Самые распространенные негативные реакции связаны с ощущением пустоты в голове, головокружением, заторможенностью, тошнотой, рвотой, повышенным потоотделением и ортостатической гипотензией. Некоторые из этих эффектов, чаще всего у амбулаторных больных, можно уменьшить, если положить пациентов горизонтально. Побочные эффекты это: центральная нервная система: эйфория, дисфория, слабость, головная боль, бессонница, возбудимость, дезориентация и расстройства зрения, спутанность сознания, судорожные приступы, серотониновый синдром. Пищеварительная система: сухость во рту, глоссит, ксеростомия, анорексия, боль в животе, запоры, спазмы желчного пузыря и/или желчевыводящих путей. Эндокринная система: надпочечниковая недостаточность. Сердечно-сосудистая система: аритмия, брадикардия, экстрасистолия, тахикардия, мерцание и трепетание желудочков, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия по типу «пируэт», увеличение интервала QT, кардиомиопатия, сердечная недостаточность, артериальная гипотензия, флебит, обмороки. Мочевыделительная и репродуктивная системы: задержка

мочи и затрудненное мочеиспускание, антидиуретический эффект, снижение диуреза, снижение либидо и/или импотенция, аменорея, уменьшение подвижности и отклонения в морфологии сперматозоидов. Иммунная система: зуд, крапивница, прочие реакции кожи, отек, геморрагическая крапивница наблюдается редко.

Проведение контроля трезвости (мониторинг):

Осуществляется перед началом ПТАО с целью уточнения вида употребляемого наркотического вещества при наличии признаков сформированной зависимости от опиоидов; а также на всех этапах (начальном, стадии подбора дозы, поддержании) при подозрении на употребление нелегальных опиоидов и/или других ПАВ с целью профилактики передозировки и коррекции доз лекарственного препарата для ПТАО, не реже 1 раза в месяц.

Продолжительность пребывания на ПТАО:

Определяется в индивидуальном порядке, по согласованию с лечащим врачом.

При самовольном или неконтролируемом врачом прекращении ПТАО возможно развитие опиоидного синдрома отмены.

Употребление других ПАВ во время ПТАО увеличивает риск побочных эффектов, связанных с ПТАО, привести к серьезному нарушению здоровья или смерти, усложнить мониторинг и оценку прогресса лечения, повредить отношения с врачом и другими членами группы поддержки. Настоятельно рекомендуется избегать употребления других ПАВ и сообщать своему врачу о любых случаях употребления (в состоянии опьянения не проводится прием лекарственного препарата ПТАО в этот день).

Изменения в ПТАО:

Врач кабинета ПТАО своевременно информирует пациента об изменениях в ПТАО, сроках окончания или предстоящем исключении пациента из ПТАО.

Я информирован/(а) об условиях ПТАО: режимом работы кабинета ПТАО; информацией о преимуществах и недостатках лечения, противопоказаниями и возможными побочными эффектами, мониторингом состояния, длительностью лечения, а также развития опиоидного синдрома отмены при самовольном или неконтролируемом врачом прекращении ПТАО, а также о возможных

неблагоприятных последствиях употребления других ПАВ во время приема ПТАО.

Я информирован(на) и согласен(на) с тем, что мне могут предложить сдавать образцы мочи (или других биологических сред организма) для анализов на наличие/отсутствие ПАВ и их аналогов, токсических веществ, а также проходить освидетельствование на предмет употребления алкоголя, по первому требованию медицинского персонала, без предварительного оповещения или предупреждения, на протяжении всего времени участия в программе ПТАО.

Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем: наследственность; аллергические проявления; индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания, потребление табачных изделий; злоупотребление алкоголем; злоупотребление наркотическими средствами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Я знаю, что могу аннулировать свое согласие в любое время и выйти из ПТАО с предварительным уведомлением медицинского персонала.

Подпись заявителя: _____ (пациент)

Дата заполнения: ____ / ____ / 20__ год

Врач: _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись врача: _____

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
(далее – МКБ-10), 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 зависимости |
| 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. Употребление с вредными последствиями |
| 19 | Z86.4 | F15.2 | ППР в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин. Синдром зависимости |
| 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 депрессии |
| 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 их отсутствие |
| 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 стереотипными 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 семьей |
| 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 детском 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 |

Приложение 4
к стандарту оказания
медико-социальной помощи
в области психического
здоровья населению
Республики Казахстан

**Оценка риска совершения суицида для специалистов с высшим
медицинским образованием**

1. 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.
2. Необходимость проведения оценки риска совершения суицида определяется на основании оценки психического состояния на момент осмотра и анамнестических сведений.
3. 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 на 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), обсессии (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).

4. 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 психоактивных веществ;

3) несуйцидальные 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 суйцидального 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 психоактивных веществ 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 какого-либо заболевания, собирается информация об истории лечения (предыдущие и сопутствующие диагнозы, предшествующие госпитализации и виды лечения) и соблюдении назначенного лечения.

5. 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.

6. К первичным психиатрическим (психобиологическим) факторам относятся:

- 1) суицидальные мысли, суицидальные планы (текущие или предыдущие), попытки самоубийства (включая отмененные или прерванные попытки);
- 2) психо-поведенческие расстройства, безнадежность и возбуждение, тревога (в том числе бессонница);
- 3) семейная история самоубийств.

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

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

8. 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, заключённые под стражу и помещённые в специальные учреждения.

9. 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.

Наличие у лица риска совершения суицида является показанием для проведения консультации врача-психиатра.

Приложение 5
к стандарту оказания
медико-социальной помощи
в области психического
здоровья населению
Республики Казахстан

План наблюдения и лечения (с учетом риска)

1. Ведение пациента с риском суицидального поведения включают в себя:
 - 1) установление и поддержание доверительного взаимоотношения с пациентом;
 - 2) обеспечение безопасности пациента;
 - 3) определение параметров и плана лечения;
 - 4) содействие приверженности к лечению.
2. Установление и поддержание доверительного взаимоотношения с пациентом 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 несовершеннолетнего (обременяющее чувство ответственности, разочарование в связи с агрессивными и несоответствующими реакциями, тревога, повышенный интерес, сдержанность, раздражение, избегание, отрицание, пассивность).

3. Обеспечение безопасности несовершеннолетнего и безопасного окружения осуществляется путем:

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

4. 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 психо-поведенческие расстройства и прочие заболевания;

наличие прочной психосоциальной поддержки;

способность обеспечить адекватную самопомощь, поддерживать надежную обратную связь с врачом и сотрудничать в лечении;

возможная опасность для других.

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

6. Показания для стационарного лечения в клинических отделениях ЦПЗ:

В дополнении к показаниям, регламентированным подпунктом 1) пункта 34 настоящего стандарта:

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

7. Показания для стационарозамещающего лечения в Центр психического здоровья и организации первичной медико-санитарной помощи:

1) наличие показаний, указанных в пункте 6 настоящего Приложения и отказе от стационарного лечения;

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

8. Показания для амбулаторного лечения:

1) наличие у лица с ППП 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.

9. 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 несовершеннолетнего, в которых задействованы семья, и (или) родственники, и (или) друзья, и (или) законные представители (далее – лица, предоставляющие уход).

10. При наличии серьезного и непосредственного риска суицида: наблюдение за пациентом постоянно, даже на индивидуальной основе.

11. При отсутствии госпитализации: ограничение доступа к летальным средствам.

Следить за обстановкой: окнами, токсичными веществами, острыми предметами; зажигалками, простынями и занавесками, другими опасными предметами.

Ограничения для конкретного пациента: контроль и обеспечение безопасности вещей пациента (лучше осмотреть комнату, а прибегать к личному осмотру следует только в крайнем случае).

12. При госпитализации пациента: определить систему привилегий.

Степень свободы, самоконтроля и ответственности должны быть определены в союзе с пациентом. Однако привилегии не должны ставить под угрозу других пациентов.

13. При нахождении пациента в амбулаторных условиях необходимо обеспечить безопасное окружение вокруг пациента.

Сообщить близким пациента, чтобы они обеспечили соответствующее наблюдение и поддержку, особенно, если пациент – подросток.

Родители/опекуны должны при любых обстоятельствах ограничить доступ ребенка к огнестрельному оружию и / или смертельным лекарствам и ограничить доступ к алкоголю или другим веществам, которые повышают импульсивность, и тем самым повышают риск осуществления суицидальных мыслей.

14. 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 наличии показаний).

15. 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 охраны психического здоровья.

16. 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 разрывы, проблемы в общении, отсутствие поддержки.

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

19. 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:
 - укрепить доверительные взаимоотношения с пациентом;
 - 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, важности роли психосоциальных стрессов в провоцировании или усугублении суицидальности или симптомов психических расстройств;
 - напомнить по телефону или составить сообщение 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.

Приложение 6
к стандарту оказания
медико-социальной помощи
в области психического
здоровья населению
Республики Казахстан

Рекомендуемый штат работников организаций здравоохранения,
оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

Параграф 1. Амбулаторная помощь.

Рекомендуемый штат работников кабинетов психического здоровья и
первичных центров психического здоровья (ПЦПЗ)

1. Должности врачей для оказания всех видов психиатрической помощи устанавливаются из расчета 1 должность участкового врача-психиатра (нарколога) на 50 тысяч прикрепленного человек населения для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и жителям населенных пунктов, но не менее 1 должности участкового врача-психиатра на район (с учетом этих должностей в диспансерных отделениях (кабинетах) городов районного подчинения).

2. В ПЦПЗ на 60 000 прикрепленного населения устанавливается 0,5 должности заведующего.

3. Должность врачей участкового врача-психиатра (нарколога) ПЦПЗ для оказания всех видов психиатрической помощи устанавливаются из расчета 1 должность на 20 000 прикрепленного человек населения.

4. Должности детских врачей психиатров (наркологов) ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

5. Должности врачей психиатров (психотерапевтов) ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

6. Должности врачей для обеспечения консультативной и организационно-методической работы устанавливаются в штате одного из центров психического

здоровья области, города республиканского значения, столицы из расчета: 0,25 должности на 100 тысяч взрослого населения административной территории.

7. Должности врачей психиатров (психотерапевтов) ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

8. Должности психологов ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

9. Должности старшей медицинской сестры устанавливаются соответственно должности заведующего ПЦПЗ.

10. Должности участковых медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям участковых врачей-психиатров.

11. Должность медицинской сестры процедурного кабинета ПЦПЗ устанавливаются из расчета 0,5 должности на 60 000 человек прикрепленного населения.

12. Должности социальных работников (либо медицинских сестер социальной помощи) ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

13. Должность медицинского регистратора ПЦПЗ устанавливаются из расчета 1 должность на 60 000 человек прикрепленного населения.

14. Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на ПЦПЗ.

Кабинет медицинского освидетельствования

15. Для проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения в организации устанавливается круглосуточный пост медицинского работника, получившего дополнительное образование специалистов в области здравоохранения по вопросам проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.

16. Должности процедурных медсестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на каждый кабинет.

17. Должность химика-лаборанта устанавливается из расчета 1 должность на каждый кабинет (при наличии жидкостного или газового анализатора в оснащении лаборатории).

18. Должности санитарок устанавливаются из расчета: 1 должность на кабинет медицинского освидетельствования.

Кабинет поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО)

19. Должность врача психиатра (нарколога) кабинета ПТАО устанавливается 1 должность на 30 пациентов кабинета ПТАО.

20. Должность медицинской сестры кабинета ПТАО устанавливается 1 должность 30 пациентов кабинета ПТАО.

21. Должность психолога кабинета ПТАО устанавливается 1 должность на 30 пациентов кабинета.

Параграф 2. Рекомендуемый штат работников дневных стационаров центров психического здоровья

22. Должности врача-заведующего дневным стационаром, устанавливаются в каждом дневном стационаре, имеющем 50 и более мест.

23. В дневных стационарах до 100 мест заведующий стационаром выполняет обязанности врача-психиатра по непосредственному обслуживанию больных, находящихся в стационаре.

24. В дневных стационарах, имеющих 100 мест, дополнительно устанавливается 0,5 должности врача-психиатра и в последующем по 0,5 должности врача психиатра на каждые 50 мест (свыше 100).

25. Должность врача психотерапевта устанавливается из расчета 1 должность на 50 коек дневного стационара.

26. Должность психолога устанавливается из расчета 1 должность на 50 коек дневного стационара.

27. Должности медицинского персонала устанавливаются из расчета на каждые 50 больных: медицинская сестра - 1 должность; сестра-хозяйка - 1 должность; санитарка - 1 должность.

Параграф 3. Рекомендуемый штат работников стационаров центров психического здоровья Психиатрические (наркологические) отделения

28. Должности заведующего отделением устанавливается в каждом отделении не менее 0,5 ставки. Если фактическое количество пролеченных больных превышает удвоенный норматив пролеченных больных, то устанавливается целая должность заведующего отделением.

29. Должности врачей психиатров (наркологов) устанавливаются на количество пролеченных больных в год: психиатрические (психоневрологические) для взрослых – 144 пациента; для детей – 180 пациентов; наркологические – 240 пациентов.

30. Должности врачей психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 40 коек в отделениях плановой госпитализации.

31. Должности старшей медицинской сестры отделений устанавливаются в каждом отделении.

32. Круглосуточный пост палатных медицинских сестер устанавливаются на одну должность врача.

33. Должность процедурной медицинской сестры устанавливается на количество пролеченных больных в год психиатрические (психоневрологические) для взрослых – 240 пациентов; для детей – 400 пациентов; наркологические – 320 пациентов.

34. Должности сестер-хозяек устанавливаются в каждом клиническом отделении.

35. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета один дневной пост (11 часов) на отделение.

36. Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются из расчета 1 должность на отделение.

37. Должности санитарок по уборке помещений устанавливаются из расчета 1 должность на отделение.

38. Два круглосуточных поста палатных санитаров (санитарок) устанавливается на одно отделение плановой госпитализации.

39. Три круглосуточных поста палатных санитаров (санитарок) устанавливаются на одно отделение экстренной госпитализации.

Приемный покой

40. Должности врачей приемного отделения устанавливаются в каждом психиатрическом стационаре: 1 круглосуточный пост.

41. Должности медицинских сестер приемного отделения устанавливаются при наличии: 100-200 коек 1 должность; от 201 до 400 коек 1 круглосуточный пост; от 400 коек 1 круглосуточный пост на 400 коек и дополнительно по 1 должности на каждые последующие 100 коек.

42. Должности санитарок приемного отделения устанавливаются при наличии в больнице: 100-200 коек 1 должность; от 201 до 400 коек 1 круглосуточный пост; от 400 коек 1 круглосуточный пост на 400 коек и дополнительно по 1 должности на каждые последующие 100 коек.

Персонал стационара

43. Должности врачей-терапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек для взрослых, но не менее 1 должности на стационар.

44. Должности врачей-невропатологов устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек для взрослых, но не менее 1 должности на стационар.

45. Должности врачей-педиатров устанавливаются из расчета 0,5 должности на одно детское отделение.

46. Должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 450 пролеченных пациентов в стационаре за год.

47. Должности диетических медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 150 коек.

48. Должности социального работника (или медицинских сестер для оказания социальной помощи) устанавливаются из расчета 1 должность на 200 коек.

49. Должности логопедов стационара устанавливаются из расчета 1 должность на детское отделение.

50. Должности олигофренопедагогов для детей устанавливаются из расчета 1 должность на 50 детских коек.

51. Должность педагога для детей устанавливаются из расчета 1 должность на детское отделение.

52. Должность врача-стоматолога устанавливается 1 на стационар.

Кабинет функциональной диагностики

53. Должности медицинских сестер кабинета функциональной диагностики устанавливаются соответственно должностям врачей функциональной диагностики, но не менее 1 должности при наличии указанного кабинета.

54. Должности санитарок отделения (кабинета) устанавливаются соответственно должностям врачей функциональной диагностики, но не менее 1 должности при наличии указанного кабинета.

Лечебно-производственные (трудовые) мастерские

55. Должности медицинского персонала устанавливаются из расчета на каждые 50 больных: врач-психиатр - 0,5 должности; медицинская сестра - 1 должность; санитарка - 1 должность.

56. Должность инструктора по трудовой терапии устанавливается из расчета 1 должность на каждые 25 больных.

Параграф 4. Рекомендуемый штат работников аптеки центра психического здоровья

57. Должности персонала аптек устанавливаются на 100 и более коек.

58. Должность заведующего аптекой - провизора устанавливается (на правах заведующего отделением).

59. Должности провизоров-технологов устанавливаются в: аптеках стационаров на 200 коек - 1 должность; аптеках стационаров свыше 200 коек - дополнительно 1 должность на каждые следующие 100 коек; аптеках стационаров на 500 коек и более - дополнительно 0,5 должности на каждые следующие 100 коек.

60. Должности фармацевтов устанавливаются в аптеках больниц из расчета: 1 должность на каждые 200 коек; дополнительно 1 должность на каждые 100 коек (в больницах от 200 до 500 коек); дополнительно 0,5 должности на каждые 100 коек (в больницах свыше 500).

61. Должности фасовщиков в аптеках больниц устанавливаются из расчета: 1 должность на каждые 200 коек; дополнительно 0,5 должности на каждые 100 коек (свыше 200).

62. Должность санитарки устанавливается в количестве 40 % от общего штата провизоров-технологов и фармацевтов, но не менее 1 должности.

63. Должность уборщика помещений устанавливается в аптеке каждой больницы.

Параграф 5. Рекомендуемый штат работников стационаров принудительного лечения наркологического профиля

64. Должности врачей-психиатров (наркологов, психотерапевтов) устанавливаются из расчета 1 должность на 40 коек в наркологических отделениях стационара.

65. Должности врачей-терапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек.

66. Должности врачей акушеров-гинекологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек, используемых для госпитализации женщин.

67. Должность врача-стоматолога устанавливается 1 на стационар.

68. Должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 40 коек.

69. Должность старшей медицинской сестры устанавливается из расчета 1 должность на каждое отделение стационара.

70. Должности медицинских сестер (палатных) устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 30 коек.

71. Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на стационар.

72. Дополнительно устанавливается 0,5 должности старшей медицинской сестры стационара.

73. Должность сестры-хозяйки устанавливается из расчета 1 должность на каждое отделение стационара.

74. Должность ваннщицы устанавливается из расчета 1 должность на каждое отделение стационара.

75. Должность буфетчицы устанавливается из расчета 1 должность на каждое отделение стационара.

76. Должности инструкторов по трудовой терапии устанавливаются из расчета 1 должность на стационар.

77. Должности дезинфекторов по обслуживанию функционирующей дезустановки устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

78. Круглосуточный пост санитаров наблюдения устанавливается из расчета 1 пост на каждое отделение стационара.

79. Круглосуточный пост санитарок уборки помещений устанавливается из расчета 1 пост на каждое отделение стационара.

Параграф 6. Общий персонал центра психического здоровья (ЦПЗ)

80. Должность заместителя главного врача по психиатрической службе устанавливается 1 на ЦПЗ.

81. Должность заместителя главного врача по наркологической службе устанавливается 1 на ЦПЗ.

82. Должность заместителя главного врача по амбулаторной службе устанавливается 1 на ЦПЗ.

83. Должности главной медицинской сестры или заместителя руководителя по сестринскому делу устанавливается 1 на ЦПЗ.

84. Должности клинических фармакологов устанавливаются из расчета 1 должность на организацию.

85. Должность регистратора архива устанавливаются 1 должность на 200 коек, не менее 1 должности на каждый стационар.

86. Должность медицинского статистика устанавливаются на 36-50 выбывших больных в сутки, но не менее 0,5 должности на стационар.

87. Должность заведующего врача МИАЦ устанавливается 1 на ЦПЗ.

88. В МИАЦ устанавливается 2 должности медицинского статистика.

89. Должность врача эксперта устанавливается из расчета 1 должность на 200 коек со средним пребыванием до 30 дней и 400 коек со средним пребыванием свыше 30 дней; из расчета 1 должность на 20000 прикрепленного населения.

90. Должность врача эпидемиолога в стационаре устанавливается из расчета: от 100 до 200 коек - 0,5 должности; 200 и более коек – 1 должность.

91. Должность медсестры инфекционного контроля устанавливается из расчета: от 100 до 200 коек - 0,5 должности; свыше 200 коек - 1 должность.

92. Должности дезинфекторов устанавливаются 1 на каждый стационар.

93. Должности врачей-диетологов устанавливаются при наличии 150-400 взрослых коек - 0,5 должности; свыше 400 коек - 1 должность; 100-200 детских коек - 0,5 должности, свыше 200 - 1 должность.

94. Вышеуказанные штаты организаций здравоохранения устанавливаются в пределах заработанных и выделенных средств.

95. Штаты носят рекомендательный характер для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в форме государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, и утверждаются первым

руководителем медицинской организации по согласованию с местными органами государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы в зависимости от потребности медицинских услуг и их профиля.

Параграф 7. Отделения социально-психологической реабилитации

96. Должность заведующего устанавливается на каждое отделение социально-психологической реабилитации.

97. Для обслуживания больных в стационаре должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на следующее количество коек: в отделении психотерапии и реабилитации на 10 коек, в отделении социальной реабилитации - на 50 коек.

98. Для обслуживания больных в стационаре должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 коек.

99. Должности психологов телефона доверия устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост при наличии телефона доверия.

100. Должности медицинских сестер в диспансерном отделении устанавливаются из расчета: 1 должность медицинской сестры соответственно должностям врача психотерапевта, но не менее 1 должности на подразделение.

101. Должности мастера по трудовому обучению устанавливаются из расчета 1 должность на каждое стационарное отделение реабилитации и дневной стационар от 30 и более коек.

102. Должности методиста по физической культуре устанавливаются из расчета 1 должность на отделение медико-социальной реабилитации и дневного стационара на 50 и более коек.

103. Должности инструктора по реабилитации устанавливаются из расчета 1 должность на каждые 50 коек отделений медико-социальной реабилитации и дневного стационара.

104. Должность сестры-хозяйки устанавливается на каждое отделение.

Рекомендуемый штат работников специализированной медицинской организации принудительного лечения (ГУ РПБСТИН)

| № | Наименование должности | Количество должностей |
|----|--|--|
| 1 | Руководитель | 1 должность в каждой организации |
| 2 | Заместитель руководителя по медицинской части | 1 должность в каждой организации |
| 3 | Заместитель руководителя по экономическим вопросам | в специализированных больницах 1 должность – от 200 и более коек |
| 4 | Заместитель руководителя по организационно-методической работе | в специализированных больницах 1 должность – от 200 и более коек |
| 5 | Заместитель руководителя по хозяйственным вопросам вместо должности начальника хозотдела | в специализированных больницах 1 должность – от 200 и более коек |
| 6 | Начальник хозотдела | 1 должность в организациях с количеством коек до 100-150 коек |
| 7 | Главный бухгалтер | 1 должность в каждой организации |
| 8 | Заместитель главного бухгалтера устанавливаются в бухгалтерии, в которой: | от 5 до 10 должностей бухгалтеров - 1 должность; свыше 11 должностей бухгалтеров - 2 должности. С разрешения руководителя органа (организации) администратора бюджетных программ в бухгалтерии специализированной больницы вводится третья должность заместителя главного бухгалтера за счет одной из должностей руководителей групп |
| 9 | Руководитель группы учета бухгалтерии | устанавливается на одну или более функциональные группы, каждой из которых полагается не менее 4-8 должностей бухгалтеров - вместо одной из них. Указанные должности могут вводиться в бухгалтериях при годовом объеме смет бюджетных и внебюджетных расходов обслуживаемых организаций свыше 100000 мрп |
| 10 | Старший бухгалтер | вводятся вместо должностей бухгалтеров. Число должностей старших бухгалтеров не превышает 50 % от числа должностей бухгалтеров, полагающихся по указанным штатам |
| 11 | Бухгалтер по учету и калькуляции продуктов питания | устанавливаются из расчета 1 должность на 300 коек |
| 12 | Бухгалтер по учету материальных ценностей | устанавливаются из расчета 1 должность на 300 коек |
| 13 | Бухгалтер по расчетам с рабочими и служащими | устанавливаются из расчета 1 должность на 200 работников |
| 14 | Бухгалтер по финансовому учету | устанавливаются из расчета 1 должность на 60000 мрп годового объема смет бюджетных и небюджетных расходов. Дополнительно должности бухгалтеров по финансовому учету устанавливаются одна должность при исполнении кассовых операций через казначейскую систему и/или по государственными закупкам |
| 15 | Кассир | Устанавливается в каждой бухгалтерии |
| 16 | Машинистка бухгалтерии | При количестве должностей бухгалтеров от 4 до 6 устанавливается 0,5 должности, а сверх этого количества - 1 должность |
| 17 | Главный экономист | устанавливается при годовом объеме смет бюджетных и внебюджетных расходов свыше 60000 МРП и наличии двух должностей экономистов |

| | | |
|----|---|--|
| 18 | Экономист | 1 должность из расчета на 150 коек, но не менее 1 и не более 4 |
| 19 | Экономист по финансовой работе | устанавливается при годовом объеме смет бюджетных и внебюджетных расходов свыше 60000 МРП и наличии двух должностей экономистов |
| 20 | Руководитель отдела информационной безопасности | 1 должность вместо программиста |
| 21 | Программист | устанавливается при наличии компьютерной техники в количестве 50 единиц 1 должность, более 50 -2 должности, более 100 – 3 должности |
| 22 | Руководитель отдела кадров | 1 должность в организациях с численностью работников от 200 и выше, вместо должности инспектора по кадрам |
| 23 | Старший инспектор по кадрам | Должность старшего инспектора по кадрам вводится вместо должности инспектора по кадрам. Количество должностей старших инспекторов по кадрам не должно превышать 50 % от общего числа инспекторов |
| 24 | Инспектор по кадрам | 1 должность на 150 работников, но не менее 1 должности в организации |
| 25 | Руководитель специальной части | 1 должность в специализированных больницах, вместо 1 должности инспектора специальной части |
| 26 | Инспектор специальной части | 1 должность на 200 пациентов, но не менее 1 должности в организации |
| 27 | Руководитель отдела правового обеспечения и государственных закупок | в специализированных медицинских организациях 1 должность |
| 28 | Специалист отдела государственных закупок | 1 должность при годовом объеме смет бюджетных и внебюджетных расходов до 60000 МРП; 2 должности при годовом объеме смет бюджетных и внебюджетных расходов свыше 60000 МРП |
| 29 | Юрисконсульт | в специализированных медицинских организациях принудительного лечения 1 должность на 400 коек |
| 30 | Руководитель отдела делопроизводства и документооборота | 1 должность специализированных медицинских организациях принудительного лечения с численностью работников свыше 600 |
| 31 | Делопроизводитель | 1 должность в специализированных медицинских организациях принудительного лечения 1 должность в каждой организации |
| 32 | Архивист (архивариус) | 1 должность в каждой организации |
| 33 | Специалист по развитию государственного языка | 1 должность в каждой организации |
| 34 | Секретарь | 1 должность в каждой организации |
| 35 | Инженер | 1 должность в организациях на 250-600 коек |
| 36 | Инженер по охране труда и технике безопасности | 2 должности в организациях свыше 600 коек |
| 37 | Инженер или техник по обслуживанию медицинской техники, техник по кислороду | 1 должность в организациях с численностью работников от 100 до 1000 |
| 38 | Эколог | 1 должность специализированных медицинских организациях принудительного лечения, имеющих источники выбросов и/или сбросов |
| 39 | Строительный инспектор | 1 должность в организациях на 250-600 коек; 2 должности в организациях свыше 600 коек |
| | Прочий персонал | |
| 40 | Руководитель складом | 1 должность на склад, вместо должности кладовщика, но не более 4 должностей на организацию |
| 41 | Кладовщик | 1 должность в организациях на 125 –200 коек (мест. В организациях свыше 200 коек дополнительно из расчета 1 должность на 250 коек |
| 42 | Рабочий склада | 1 должность в организациях на 300 коек |

| | | |
|----|--|--|
| 43 | Комендант по корпусам | 1 должность в организациях на 150-600 коек; 2 должности в организациях свыше 600 коек |
| 44 | Уборщик служебных помещений организации | 1 должность из расчета один на: - 250 квадратных метров деревянных полов; - 350 квадратных метров полов, покрытых керамической плиткой; - 425 квадратных метров полов, покрытых линолеумом; - 550 квадратных метров переходов и туннелей, соединяющих здания (или 1 должность на центр, дополнительно 1 на филиал) |
| 45 | Уборщик территории организации | 1 должность на 2700 кв.м. асфальтированной территории |
| 46 | Рабочий по благоустройству территории организации | 1 должность на 2700 кв.м. зеленых насаждений |
| 47 | Охранник | 4 должности охранника на каждый круглосуточный пост, 1 должность на каждый дневной пост |
| 48 | Шеф - повар пищеблока | 1 должность в организациях на 400 и более коек |
| 49 | Повар | Количество должностей: 1 должность - до 30 коек; 2 - от 35 до 95 коек; 3 - от 100 до 240 коек; 4 - от 250 до 490 коек; 5 - на 500 коек; свыше 500 коек - 5 и дополнительно 1 должность на каждые 100 коек (сверх 500) |
| 50 | Кухонный рабочий | Из расчета 1 должность указанных профессий суммарно на 50 коек |
| 51 | Руководитель АТС (автоматизированная телефонная станция) | 1 должность |
| 52 | Электромонтер АТС | 1 должность в организациях, имеющих малые автоматизированные телефонные станции, 1 должность для обслуживания системы подавления сотовой связи, 1 должность на ремонт телефонных кабелей внешней и внутренней связи, протяженностью более 2000 метров |
| 53 | Оператор АТС | 4 должности на 1 круглосуточный пост и 1 должность на дневной пост наблюдения |
| 54 | Руководитель электроцеха | 1 должность в организациях на 400 и более коек |
| 55 | Электромонтер | 4 должности на 1 круглосуточное дежурство и 1 должность на дневную смену на каждые 400 коек |
| 56 | Машинист насосной станции | 4 должности на 1 круглосуточные смены |
| 57 | Руководитель прачечной | 1 должность в организациях, которым полагается не менее 4 рабочих по стирке и ремонту спецодежды и мягкого инвентаря |
| 58 | Рабочий по стирке и ремонту спецодежды и мягкого инвентаря | 1 должность в организациях на каждые 200 коек |
| 59 | Руководитель котельной | 1 должность на 8 и более операторов и машинистов котлов |
| 60 | Техник-теплотехник | 1 должность на 2 и более котлов |
| 61 | Слесарь по обслуживанию и ремонту оборудования | 4 должности на 1 круглосуточную смену |
| 62 | Газоэлектросварщик | 1 должность на каждую систему жизнеобеспечения (ремонт отопительной системы, водопроводной системы, канализационной системы) |
| 63 | Старший машинист котельного оборудования | 4 должности на 1 круглосуточную смену |
| 64 | Машинист котлов | 4 должности на 1 круглосуточную смену на каждый отопительный котел, работающий на твердом топливе |
| 65 | Слесарь-сантехник | 4 должности на 1 круглосуточную смену |
| 66 | Руководитель гаража | 1 должность при наличии в гараже организации свыше 12 единиц подвижного состава (автомобилей, тракторов, дорожного транспорта), кроме электро и автотележек |
| 67 | Механик гаража | 1 должность при наличии в гараже организации на каждые 10 единиц подвижного состава (автомобилей, тракторов, дорожного транспорта), кроме электро и автотележек |

| | | |
|----|---|--|
| 68 | Тракторист | по 1 ставке на 1 единицу автотранспорта (или 5,75 ставки из расчета круглосуточного режима работы) |
| 69 | Бульдозерист | по 1 ставке на 1 единицу автотранспорта |
| 70 | Водитель дежурного санитарного автотранспорта | 5,75 ставки из расчета круглосуточного режима работы на 1 машину |
| 71 | Водитель | по 1 ставке на 1 единицу автотранспорта |
| 72 | Заведующий библиотекой | 1 должность в организациях на 250 и более коек вместо должности библиотекаря |
| 73 | Библиотекарь | 1 должность в организациях на 250 и более коек, имеющих библиотеки |
| | Медицинский персонал | |
| | Наименование должности | Количество должностей |
| 1 | Заведующий отделением | устанавливается 1 должность на каждое отделение |
| 2 | Врач психиатр | 1 должность на 20 коек |
| 3 | Старшая медицинская сестра | 1 должность на отделение |
| 4 | Медицинская сестра палатная | 1 должность на 20 коек на 1 круглосуточный пост |
| 5 | Процедурная медицинская сестра | 1 должность на 60 коек |
| 6 | Процедурная медицинская сестра в психотуберкулезном и психосоматическом отделениях | 1 должность на 30 коек на 1 круглосуточный пост |
| 7 | Медицинская сестра палатная в психотуберкулезном и психосоматическом отделениях. | 1 должность на 15 коек на 1 круглосуточный пост |
| 8 | Процедурная медицинская сестра по приему больных в санпропускнике | 1 должность на 400 коек |
| 9 | Сестра-хозяйка | 1 должность на отделение |
| 10 | Санитарка-буфетчица | 1 должность на 30 коек |
| 11 | Дневная санитарка (санитарка-ваннщица, санитарка машинописных работ) | по 1 должности на отделение |
| 12 | Санитар(ка) в психотуберкулезном и психосоматическом отделениях для наблюдения за больными и их сопровождения | 1 должность на 15 коек на 1 круглосуточный пост |
| 13 | Санитар(ка) для наблюдения за больными и их сопровождения | 1 должность на 15 коек на 1 круглосуточный пост |
| 14 | Заведующий отделением медико-социальной реабилитации | 1 должность на отделение |
| 15 | Инструктор ЛФК медико-социальной реабилитации | 1 должность на отделение |
| 16 | Инструктор трудовой терапии | 1 должность на 300 коек |
| 17 | Социальный педагог | 1 должность на 300 коек |
| 18 | Психолог | 1 должность на 3 врача психиатра |
| 19 | должность медицинской сестры МСЭК | 1 должность на 400 коек |
| 20 | Лаборант отделения медико-социальной реабилитации | 1 должность на отделение |

| | | |
|----|--|---|
| 21 | Санитар(ка) для наблюдения за больными и их сопровождения отделения медико-социальной реабилитации | 1 должность на каждый вид кружковой и образовательной программы |
| 22 | Заведующая лабораторией | 1 должность на учреждение |
| 23 | Фельдшер- лаборант | 1 должность на 400 коек |
| 24 | Лаборант | 1 должность на 400 коек |
| 25 | Санитар(ка) | 1 должность на лабораторию |
| 26 | Врач диетолог | 1 должность на учреждение |
| 27 | Диетическая медицинская сестра | 1 должность на 300 коек |
| 28 | Главная медицинская сестра | 1 должность на учреждение |
| 29 | Санитар(ка) для наблюдения за больными и их сопровождения | 1 должность на 100 коек |
| 30 | Медицинская сестра функциональной диагностики | 1 должность на каждую должность врача функциональной диагностики, но не менее 1 должности указанного кабинета |
| 31 | Санитар(ка) функциональной диагностики | 1 должность на каждую должность врача функциональной диагностики, но не менее 1 должности указанного кабинета |
| 32 | Медицинская сестра стерилизационного отделения | 1 должность на отделение |
| 33 | Санитар(ка) стерилизационного отделения | 1 должность на отделение |
| 34 | Врач терапевт или врач общей практики | 1 должность на 150 коек |
| 35 | Врач невропатолог | 1 должность на 400 коек |
| 36 | Врач физиотерапевт | 1 должность на учреждение |
| 37 | Врач фтизиатр | 1 должность на 30 коек |
| 38 | Врач хирург | 1 должность на 300 коек |
| 39 | Врач травматолог | 1 должность на учреждение |
| 40 | Врач стоматолог | 1 должность на 400 коек |
| 41 | Врач дерматовенеролог | 1 должность на больницу |
| 42 | Врач эндокринолог | 1 должность на больницу |
| 43 | Лор врач | 1 должность на больницу |
| 44 | Врач рентгенолог | 1 должность на 1 установку |
| 45 | Рентген-лаборант | 1 должность на больницу |
| 46 | Врач офтальмолог | 1 должность на больницу |
| 47 | Врач функциональной диагностики | 1 должность на больницу |
| 48 | Врач лучевой диагностики | 1 должность на больницу |
| 49 | Медицинская сестра хирургического профиля | 1 должность 400 коек |
| 50 | Медицинская сестра врача узкой специализации | 1 должность на каждый кабинет врача узкой специализации |
| 51 | Санитар(ка) врача узкой специализации | 1 должность на каждый кабинет врача узкой специализации |
| 52 | Заведующий аптекой | |

| | | |
|----|---|--|
| | | Должность заведующего аптекой - провизора устанавливается в аптеке каждой больницы |
| 53 | Провизор | должность заместителя заведующего аптекой - провизора устанавливается в аптеках больниц, имеющих 400 и более коек |
| 54 | Фармацевт | 1 должность на каждые 200 коек |
| 55 | Санитарка-мойщица | Должность санитарки устанавливается в количестве 40 % от общего штата провизоров-технологов и фармацевтов, но не менее 1 должности |
| 56 | Врач статистик | 1 должность на 400 коек |
| 57 | Медицинская сестра статистики | 1 должность на 1 врача статистика |
| 58 | Медицинская сестры архива | 1 должность на больницу |
| 59 | Дезинфектор | 1 должность на 400 коек |
| 60 | Медработник по приему медицинских отходов | 1 должность на больницу |
| 61 | Руководитель службы безопасности | 1 должность на больницу |
| 62 | Инспектор службы безопасности | 1 должность на 250 работников |
| 63 | Оператор видеонаблюдения | 1 должность на 400 коек |
| 64 | Оператор рентгена телевизионной установки | 4 должности на 1 круглосуточный пост |
| 65 | Инспектор комнаты свидания и досмотра | 1 должность на 200 работников |
| 66 | Санитарка комнаты свидания | 1 должность на 1 комнату свидания |
| 67 | Врач эпидемиолог | 1 должность на 400 коек |
| 68 | Медсестра инфекционного контроля (ИК) | 1 должность на кабинет ИК |
| 69 | Санитарка инфекционного контроля | 1 должность на кабинет ИК |

Рекомендуемый штат работников Центра временной адаптации и детоксикации в городах республиканского значения, из расчета на 1 круглосуточный пост

| Наименование должности | на 20 коек |
|--|---------------------|
| Должность заведующего устанавливается на каждый центр. | 1,0 штатная единица |
| Должности врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* центра временной адаптации и детоксикации | 4,5 штатная единица |
| Должность сестры старшей медицинской устанавливается на каждый центр | 1,0 штатная единица |
| Должности фельдшеров или медицинских сестер (с техническим профессиональным медицинским образованием) устанавливаются соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 4,5 штатная единица |

| | |
|---|---------------------|
| Должность сестры-хозяйки устанавливается на каждый центр. | 1,0 штатная единица |
| Должности санитарок, санитарок-ваннщиц и санитаров по наблюдению устанавливается соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 4,5 штатная единица |
| Охранная организация** | 4,5 штатная единица |

Рекомендуемый штат работников Центра временной адаптации и детоксикации в областных центрах, из расчета на 1 круглосуточный пост

| Наименование должности | на 15 ко-ек |
|--|----------------------|
| Должность заведующего устанавливается на каждый центр. | 1,0 штатная единица |
| Должности врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* центра временной адаптации и детоксикации | 3,25 штатная единица |
| Должность сестры старшей медицинской устанавливается на каждый центр | 1,0 штатная единица |
| Должности фельдшеров или медицинских сестер (с техническим профессиональным медицинским образованием) устанавливаются соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 3,25 штатная единица |
| Должность сестры-хозяйки устанавливается на каждый центр | 1,0 штатная единица |
| Должности санитарок, санитарок-ваннщиц и санитаров по наблюдению устанавливается соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 3,25 штатная единица |
| Охранная организация** | 4,5 штатная единица |

Рекомендуемый штат работников Центра временной адаптации и детоксикации в городах областного значения, районных центрах, городах районного значения, из расчета на 1 круглосуточный пост

| Наименование должности | на 5 коек |
|--|---------------------|
| Должность заведующего устанавливается на каждый центр | Нет |
| Должности врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* центра временной адаптации и детоксикации | 1,0 штатная единица |
| Должность сестры старшей медицинской устанавливается на каждый центр | 1,0 штатная единица |

| | |
|--|---------------------|
| Должности фельдшеров или медицинских сестер (с высшим или средним образованием) устанавливаются соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 1,1 штатная единица |
| Должность сестры-хозяйки устанавливается на каждый центр. | 1,0 штатная единица |
| Должности санитарок, санитарок-ваннщиц и санитаров по наблюдению устанавливается соответственно должностям врачей психиатров (наркологов) или фельдшеров* | 1,0 штатная единица |
| Охранная организация** | 4,5 штатная единица |

*получившим дополнительное образование специалистов в области здравоохранения по вопросам проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения, согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 «Об утверждении правил дополнительного и неформального образования специалистов в области здравоохранения, квалификационных требований к организациям, реализующим образовательные программы дополнительного и неформального образования в области здравоохранения, а также правил признания результатов обучения, полученных специалистами в области здравоохранения через дополнительное и неформальное образование» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21847).

**допускается путем передачи данной услуги в аутсорсинг.

Приложение 7
к стандарту оказания
медико-социальной помощи
в области психического
здоровья населения
Республики Казахстан

**Рекомендуемое оснащение медицинскими изделиями организаций
здравоохранений, оказывающих медико-социальную помощь в области
психического здоровья**

| № | Наименование медицинских изделий* | Количество медицинских изделий в зависимости от уровня** | | | |
|---|--|--|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Стационарные отделения организаций здравоохранения в области психического здоровья, в том числе детские | | | | | |
| 1 | Облучатель бактерицидный | - | 1 | 1 | 1 |
| 2 | Тонометр | - | 1 | 1 | 1 |
| 3 | Термометр медицинский | - | 1 | 1 | 1 |
| 4 | Пульсоксиметр | - | 1 | 1 | 1 |
| 5 | Алкометр (анализатор паров этанола) | - | ПТ | ПТ | ПТ |
| 6 | Электрокардиограф многоканальный | - | 1 | 1 | 1 |
| 7 | Дефибриллятор | - | 1 | 1 | 1 |
| Кабинет для проведения медицинского освидетельствования | | | | | |
| 1 | Алкометр (анализатор паров этанола) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | Анализатор для химико-токсикологических исследований | - | - | 1 | 1 |

*Оснащение изделиями медицинского назначения осуществляется согласно заявкам организаций здравоохранения в соответствии с текущей потребностью.

**Уровни оснащения:

1 уровень - районный согласно государственному нормативу сети организаций здравоохранения, определяемому в соответствии с подпунктом 68) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Норматив сети);

2 уровень городской согласно Нормативу сети;

3 уровень – областной согласно Нормативу сети;

4 уровень – республиканские организации здравоохранения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Расшифровка аббревиатур и сокращений:

ПТ – по требованию.