



**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӖЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ГРУППЕ
АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Сыктывкар, 2012 г.

Методические рекомендации подготовили:

Бакланов В.В. – заместитель главного врача Государственного учреждения «Коми Республиканская психиатрическая больница»

Носов О.П. – заместитель главного врача Государственного учреждения «Коми Республиканская психиатрическая больница», главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Республики Коми

Данные методические рекомендации подготовлены в соответствии с «Планом мероприятий по сохранению психического здоровья населения в Республике Коми на 2011 - 2013 годы», утверждённым распоряжением Правительства Республики Коми от 24 октября 2011 г. N 433-р в рамках реализации направления «Развитие психиатрической помощи» программы «Модернизация здравоохранения Республики Коми на 2011 - 2012 годы», утверждённой постановлением Правительства Республики Коми от 28 марта 2011 г. N 87.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Принятые сокращения:	4
Введение	5
Медицинская документация на больных находящимся под АДН или на АПНЛ. 7	
Включение больных в группу АДН	9
Организация активного диспансерного наблюдения	12
Снятие с АДН	18
Правовые особенности амбулаторного принудительного лечения	19
Права лиц, состоящих под АДН или находящихся на АПНЛ.....	22
Библиография	23

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

АДН – активное диспансерное наблюдение

АПНЛ – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение

ВК – врачебная комиссия

ВОП – врач общей практики

КВП – комиссия врачей-психиатров

КРПБ – ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница»

ООД – общественно опасные деяния

ПБСТИН – психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением

ПЛ – принудительное лечение

ПММХ – принудительные меры медицинского характера

ПНД – психоневрологический диспансер

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ВВЕДЕНИЕ

Приказом Минздрава РФ от 11.01.1993 N 6 «О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы» на территории Российской Федерации отменён Приказ Минздрава СССР от 11.02.64 N 60 «Об обязательном учёте больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания». В соответствии со статьёй 26 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

Согласно п. 2.2. Приказа Минздрава РФ от 11.01.1993 N 6 специализированная психиатрическая помощь взрослым и детям, страдающим психическими расстройствами, осуществляется по территориально-участковому принципу.

В соответствии с Приказом Минздрава СССР от 10.06.1983 N 710 "Об улучшении учёта в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и средним медицинским работникам, профилактических осмотров и контингентов больных, состоящих под диспансерным наблюдением" учёт обслуживаемого (проживающего на территории, прикрепленной к лечебно-профилактическому учреждению) населения (взрослого и детского) проводится территориальными поликлиниками и амбулаториями. Учёту подлежат только лица постоянно или длительно проживающие на территории. Сельские жители (взрослые и дети), проживающие на территории, прикрепленной к центральной районной больницы, учитываются указанными учреждениями в том же порядке, как и городское население.

Для осуществления активного диспансерного наблюдения Письмом Росздравнадзора от 05.12.2012 г. № 01И-738-05 рекомендовано создавать за счёт имеющихся штатов в крупных психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях) кабинеты (отделения) активного диспансерного

наблюдения из расчёта один кабинет на 5 психиатрических участков путём изъятия со всех психиатрических участков больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении и амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, и передачи их под наблюдение этих кабинетов.

Поэтому, рекомендуемые штатные нормативы кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения в соответствии с приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утверждённому Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н включают:

Врач-психиатр – 1 должность на 120 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения

Медицинская сестра – 1 должность на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения

Медицинский психолог – 1 должность на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения

Социальный работник – 1 должность на 60 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения

Специалист по социальной работе – 1 должность на 120 больных, находящихся на диспансерном наблюдении и проведении амбулаторного принудительного лечения

Медрегистратор – 1 должность

При отсутствии отдельно выделенного кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения формирование данной группы должно проводиться с учётом того, что один участковый врач-психиатр не может осуществлять эффективного наблюдения за группой, превышающей 30 чел.

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НА БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ ПОД АДН ИЛИ НА АПНЛ

Медицинская документация на больных, находящихся под АДН или на АПНЛ, включает следующие формы:

Учётная форма № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью». Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью содержит сведения о больном, обратившемся за амбулаторной психиатрической, психотерапевтической или наркологической помощью (независимо от того, состоит он под диспансерным, профилактическим наблюдением или получает консультативно-лечебную помощь). Заполнение данной формы осуществляется в соответствии с Инструкцией по заполнению формы № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью», утверждённой Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений». Формы № 030-1/у-02 располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров. Наряду с маркировкой группы динамического наблюдения, рекомендованной «Системой динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» (утверждённой Министерством здравоохранения СССР 17 июня 1988 года № 10-111/ПС-88-9/ОП), данные формы маркируются флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН», либо «АПНЛ», либо формируются отдельным массивом с той же пометкой.

Учётная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утверждённая Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». Амбулаторные карты так же рекомендуется маркировать флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН» или «АПНЛ».

Учётная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденная Приказом Федеральной службы государственной статистики (Росстата) от 22.11.2010 № 409 «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения».

Документация на больных, находящихся на принудительном лечении, выделяется в особое делопроизводство и хранится в условиях, делающих её недоступной для посторонних лиц и обеспечивающих её сохранность. К медицинской карте приобщаются: копия определения суда о назначении принудительного лечения или изменении его вида; копия акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования; переписка администрации больницы с учреждениями и родственниками больного по поводу его психического состояния и социально-бытовым вопросам; медицинские справки и иные документы.

ВКЛЮЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ГРУППУ АДН

Решение о включении больного в группу АДН принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. При отсутствии в сельских районах комиссии врачей психиатров взятие на активное диспансерное наблюдение необходимо проводить через комиссию врачей-психиатров учреждения здравоохранения, к которому прикреплена территория, в соответствии с утверждённым приказом Министерства здравоохранения порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Республики, а не в К районных больниц.

Лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, так же подлежат активному диспансерному наблюдению.

Для принятия решения о включении больного в группу АДН на комиссию врачей-психиатров направляются лица:

1. Совершившие в прошлом общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законодательством, с освобождением от уголовной ответственности или наказания и применением к ним принудительных мер медицинского характера.

2. Отбывшие наказание за преступления, совершенные до установления у них психического расстройства.

3. В структуру психических расстройств которых входят симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий:

- а) психопатоподобный синдром с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений (в том числе гебоидный);
- б) бредовые идеи определенного содержания, направленные против конкретных лиц или организаций и сопровождающиеся аффективной напряженностью (особенно идеи ревности, преследования, сексуального воздействия и т.п.);
- в) императивные галлюцинации;

- г) периодические и пароксизмальные психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возникновению;
- д) депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения "расширенного самоубийства");
- е) маниакальные и гипоманиакальные состояния с расторможенностью и псевдопредприимчивостью;
- ж) пограничные формы психических расстройств у лиц, совершившие в прошлом общественно опасные деяния, в отношении которых они признавались невменяемыми в связи с развившимся на этой почве психозом;
- з) устойчивые суицидальные мысли, либо неоднократные попытки самоубийства и другие формы психопатологических состояний, ранее неоднократно приводившие к недобровольной госпитализации.

Перечисленные признаки не являются абсолютными показаниями для включения пациентов в группу АДН, а служат лишь показаниями для направления пациента на КВП. Комиссия врачей-психиатров при определении выраженности общественной опасности больного должна учитывать следующие социально-психологические факторы:

- а) признаки социальной дезадаптации, проявляющиеся в виде отсутствия работы и трудовой занятости, материальной небеспеченности, жилищно-бытовой неустроенности (особенно отсутствие постоянного места жительства), отсутствия семьи или семейного неблагополучия, подверженности асоциальному влиянию;
- б) склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотиков и других токсических средств;
- в) наличие криминального поведения до болезни, повторность совершения общественно опасных действий;
- г) нарушения больничного режима при прежних госпитализациях в психиатрические стационары.

В группу активного диспансерного наблюдения так же включаются лица,

проживающие на обслуживаемой территории, в отношении которых судом принято решение о применении ПММХ в виде принудительного лечения в стационаре общего или специализированного типа, либо ПБСТИН. С целью повышения эффективности профилактических мероприятий и повышения достоверности государственной статистической отчетности, предоставляемой по форме 36-ПЛ «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении», утвержденной Приказом Федеральной службы государственной статистики от 13.08.2009 № 171 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения психическими и наркологическими расстройствами», учреждения здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь должны ежегодно, хотя бы один раз, перед предоставлением годовых отчетов, сверять с оргметодотделом КРПБ, другими стационарами, осуществляющими ПЛ, сведения по больным, находящимся в стационаре на ПЛ и зарегистрированным на территории обслуживания, их состоянию и возможной выписке.

Прекращение судом ПЛ, в том числе и АПЛ, является основанием для представления больного на комиссию для назначения АДН.

Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в Медицинской карте амбулаторного больного. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

ОРГАНИЗАЦИЯ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 133, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» лица с психическими расстройствами, включённые в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящиеся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, обследуются врачом - психиатром психоневрологического диспансера не реже одного раза в месяц.

В соответствии с МР «Система динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» от 17 июня 1988 года, больные, находящиеся под АДН, по клинико-социальным особенностям должны быть разделены на три группы:

I. Больные с высокой криминогенной активностью. В данную группу включаются больные, совершившие более 3-х ООД. Как правило, это группа больных с резидуальными психопатоподобными расстройствами, рудиментарными бредовыми и галлюцинаторными проявлениями, страдающими сопутствующим алкоголизмом с преимущественно реально бытовыми мотивами общественно опасных действий, поддерживающие активные контакты с криминальной средой. В отношении данной группы должен осуществляться активный контроль со стороны врача-психиатра и органов полиции а так же противорецидивная и поддерживающая терапия и медико-социальная помощь. Осмотр таких больных рекомендуется осуществлять один раз в 7 – 10 дней. В соответствии принципами, предусмотренными для данной группы, осуществляется АДН за больными, находящимися на АПНЛ.

При необходимости госпитализации такого пациента, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, врач-психиатр, работники психоневрологического диспансера, скорой психиатрической помощи обращаются за содействием в орган внутренних дел,

на территории обслуживания которого находится психически больной.

II. Больные со средней степенью криминогенной активности. В данную группу включаются больные совершившие 2 – 3 ООД, среди которых основную массу представляют совершившие повторные деликты в состоянии обострения психопатологической симптоматики, в том числе и психопатоподобной, злоупотребляющие алкоголем, с умеренно выраженными нарушениями адаптации и криминальным анамнезом в прошлом. Эти больные нуждаются в поддерживающей психофармакологической терапии, своевременном стационаровании при обострении, социальной помощи. Решение о кратности осмотра данной группы больных принимается индивидуально и составляет не реже 2 раз в месяц.

III. Больные с низкой криминальной активностью. Как правило, это больные, совершившие ООД по психопатологическим мотивам в состоянии обострения, без преморбидных асоциальных установок и контактов с криминогенной средой, без алкоголизации, социально адаптированные. Они нуждаются в поддерживающей терапии и социальной помощи. Осмотр врача-психиатра осуществляется один раз в месяц.

В исключительных случаях – при территориальной удалённости населённого пункта, в котором проживает больной, наличии сложных погодных и (или) дорожных условий (распутица, отсутствие переправы, зимник и др.) – активное динамическое наблюдение может осуществляться фельдшером ФАПа, либо врачом общей практики, квалификационными характеристиками которых предусмотрено осуществление диспансерного наблюдения и выполнение рекомендаций других специалистов. В данном случае результаты осмотра больного должны фиксироваться в Медицинской карте амбулаторного больного врачебной амбулатории (офис ВОП, ФАП). После каждого осмотра больного медицинский работник, осуществляющий наблюдение, информирует участкового врача-психиатра. В случае отсутствия своевременно предоставленной информации участковый врач-психиатр обязан активно выйти на учреждение, осуществляющее наблюдение. Каждая консультация в обязательном порядке отражается в Медицинской карте

амбулаторного больного ПНД (кабинета участкового врача-психиатра). Любая информация об изменении поведения больного служит показанием для освидетельствования больного врачом-психиатром.

В отношении больных, совершивших ООД под влиянием продуктивной психопатологической симптоматики, основное лечение должно быть направлено на поддержание ремиссии, своевременное обнаружение обострения, оперативное принятие адекватных мер по купированию психотического состояния или неотложной госпитализации.

В отношении больных без продуктивной психотической симптоматики особое внимание должно быть направлено на контроль за образом их жизни, своевременное обнаружение рецидивов асоциального поведения, уклонения от трудовой деятельности, возобновление контактов с криминальными элементами, употребления алкоголя или наркотиков. Возможностей врача психиатра часто недостаточно для осуществления этих функций. В данных ситуациях целесообразно информировать органы внутренних дел, поскольку вмешательство органов полиции для больных с негативно-личностными расстройствами, хотя бы частично, но осознающими общественную опасность своего поведения, воспринимается как предостерегающий момент и может иметь определённое сдерживающее влияние. В силу этого привлечение полиции для контроля за этими пациентами является крайне желательным.

При госпитализации лиц с психическими расстройствами в психиатрический стационар, переводе из одного стационара в другой или передаче под диспансерное наблюдение ПНД направляющее учреждение в обязательном порядке извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям, либо нахождении на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. В дополнение к сведениям, включаемым в медицинскую документацию, сообщаются также следующие данные о больном:

- ведущий синдром, тип течения заболевания;
- психопатологический механизм, характер и кратность общественно опасных деяний;

- личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению;
- проведённые на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность;
- рекомендуемые меры по предотвращению общественно опасных деяний.

Включение указанных сведений в медицинские документы, передаваемые при переводе больного (выписка из стационара, направление в стационар), способствует преемственности, непрерывности и эффективности проводимых мероприятий.

Проведением медицинских мероприятий и полицейского надзора не является основным и исчерпывающим перечнем восстановительных мер в отношении данных пациентов. Особое внимание должно уделяться вопросом социальной реабилитации: занятость, восстановление социальных связей, защита имущественных и гражданских интересов пациента. Поэтому обслуживание данных больных рекомендуется полипрофессиональной бригадой, либо с привлечением имеющихся в учреждении либо на территории специалистов (психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, юрист и др.) к психосоциальной работе с данным контингентом.

В соответствии с совместным Приказом Минздрава РФ N 133 и МВД РФ N 269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» учреждения здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь направляют в орган внутренних дел по месту жительства лиц с психическими расстройствами, состоящих на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра следующую письменную информацию:

- ежегодно, до 20 января, список лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра;
- сведения об изменении места жительства лицом с психическим

расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении, или амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, а также при длительном отсутствии его по месту регистрации;

– данные о лицах, вновь включённых в список активного диспансерного наблюдения, принятых на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и снятых с него, - немедленно по принятии соответствующих решений.

Форма извещения¹ о больном в органы внутренних дел носит произвольный характер и должна содержать следующую информацию:

1. Фамилия, Имя, Отчество больного;
2. Место жительства;
3. Дата взятия под АДН;
4. Основания для взятия под АДН с указанием основных симптомов и синдромов, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий и отягощающих социально-психологических факторов.
5. Занятость с указанием места работы (если таковое имеется);
6. Сведения о лицах, проживающих совместно с больным;
7. Должность, Фамилия, инициалы и контактные данные лица, направившего сообщение.

Учреждения здравоохранения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь, обязаны проводить служебные проверки по фактам общественно опасных действий, совершенных лицами, страдающими психическими расстройствами, с установлением причин, способствовавших их совершению, анализом проведённых ранее профилактических, лечебных и социально - реабилитационных мероприятий.

¹ Карточка-сообщение о постановке на специальный учёт (снятии с учёта психически больного, представляющего общественную опасность) – форма 129_1/У, утверждённая совместным приказом Минздрава и МВД СССР № 725/237-ДСП от 23.07.1982 г. была отменена приказом Минздрава СССР и МВД СССР от 5 мая 1988 г. N 357/93.

При получении от органа внутренних дел информации о совершении лицом, страдающим психическим расстройством и находящимся под АДН, действий, содержащих признаки уголовно наказуемого деяния, административного правонарушения, либо о появлении у него особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения общественно опасных действий, врач-психиатр незамедлительно, в соответствии с частью (5), ст. 23 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» обеспечивает его освидетельствование (в необходимых случаях с выездом в подразделение органа внутренних дел, которым задержано указанное лицо) и решает вопрос о целесообразности немедленной госпитализации.

В свою очередь работники полиции обязаны осуществлять розыск лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера, уклоняющихся от недобровольной госпитализации, назначенной судом в связи с наличием психического расстройства, а так же оказывать содействие органам здравоохранения в доставлении в медицинские организации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации; участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений; оказывать содействие медицинским работникам в осуществлении назначенной судом недобровольной госпитализации лиц в медицинские организации, а также обеспечивать медицинским работникам безопасные условия для доступа к этим лицам и их осмотра.

Начальник органа внутренних дел, его заместитель по просьбе работников психиатрической службы обеспечивает к назначенному времени (при необходимости - немедленно) и по указанному адресу прибытие сотрудников полиции для оказания содействия медицинским работникам.

СНЯТИЕ С АДН

Показаниями для снятия с АДН являются:

- стойкое улучшение психического состояния при отсутствии противоправных действий;
- смерть;
- переезд за пределы территории, обслуживаемой данным учреждением;
- отсутствие каких-либо сведений о данном больном в течение года (длительным отсутствием) принимается (только после признания пациента в установленном действующим законодательством порядке «безвестно отсутствующим»);
- назначение судом АПНЛ.

Следует придерживаться правила, что сниматься с АДН должны только те больные, о которых нет абсолютно никаких сведений. Если врач в течение года не видел больного, находящегося на АДН, но персонал учреждения имеет сведения о нем от родственников, соседей, полиции, если известно, что он находится в больнице, то такие больные не подлежат снятию с АДН. Об этом должна быть сделана подробная запись в медицинской карте амбулаторного больного (форма N 025/у-04). О больных, находящихся длительное время на принудительном лечении в психиатрических стационарах, необходимо не реже одного раза в год запрашивать сведения о их состоянии и возможной выписке.

Активное диспансерное наблюдение может быть возобновлено по решению комиссии врачей-психиатров.

ПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра могут быть назначены судом лицам:

- совершившим предусмотренное Уголовным кодексом Российской Федерации общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, то есть когда это лицо во время совершения деяния не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

- у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, делающее невозможным назначение или исполнение наказания.

- совершившим преступление и страдающим психическим расстройством, не исключающим вменяемости, но нуждающимся в лечении психического расстройства. Такому лицу наряду с наказанием суд может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

- больные наркоманией, направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

Целями применения принудительных мер медицинского характера являются излечение указанных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых ООД.

Вид принудительной меры медицинского характера избирается судом с учётом положений УК РФ. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных УК РФ, если лицо по своему психическому состоянию не

нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Принудительные меры медицинского характера, соединённые с исполнением наказания, назначаются судом, применяются к лицам, совершившим преступления в состоянии вменяемости и нуждающимся в амбулаторном лечении от алкоголизма или наркомании.

Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров, созданной учреждением здравоохранения, к которому прикреплена территория, в соответствии с утверждённым порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Республики Коми, не реже одного раза в шесть месяцев. Комиссия врачей-психиатров принимает решение о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Представление оформляется в форме ходатайства главного врача учреждения и акта комиссии врачей-психиатров. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения должно быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения. В последующем представление в суд по продлению, изменению или отмене принудительного лечения направляется ежегодно.

До истечения указанного срока освидетельствование проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришёл к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения её применения. Ходатайство подаётся через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

Основанием для изменения или прекращения применения принудительной меры медицинского характера судом является изменение психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

При отсутствии решения суда о прекращении ПЛ, даже если больной отсутствует много лет, медицинская карта амбулаторного больного не закрывается и хранится в психиатрическом учреждении вплоть до возвращения больного на ПЛ или решения суда о прекращении ПЛ.

ПРАВА ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ ПОД АДН ИЛИ НАХОДЯЩИХСЯ НА АПНЛ

Лица, страдающие психическими расстройствами и находящиеся под АДН или на АПНЛ, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Законом РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и другими законами Российской Федерации. Ограничение прав пациентов, в рамках действующего законодательства, возможно только по решению суда при применении ПММХ.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Уголовный кодекс Российской Федерации.
2. Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции».
3. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 133, Министерства внутренних дел Российской Федерации № 269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21 марта 1988 г. № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи».
8. Приказ Федеральной службы государственной статистики (Росстата) от 13.08.2009 № 171 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения психическими и наркологическими расстройствами» (вместе с «Рекомендациями по порядку заполнения формы федерального статистического наблюдения «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении», приведенными в письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 25.04.2011 № 14-9/10/2-4107 «О порядке заполнения годового статистического отчета по форме № 36-ПЛ»).

9. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 05.12.2005 № 01И-738/05 «О повышении качества психосоциальной помощи».

10. МР «Система динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» утверждённые ГУ ЛПП Минздрава СССР 17 июня 1988 года № 10-111/ПС-88-9/ОП

11. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 25.04.2011 N 14-9/10/2-4107 «О порядке заполнения годового статистического отчета по форме N 36-ПЛ» (вместе с "Рекомендациями по порядку заполнения формы федерального статистического наблюдения "Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении")

12. Приказ Минюста РФ от 03.08.2001 N 229 «Об утверждении Инструкции по организации принудительного амбулаторного лечения от алкоголизма или наркомании осуждённых, отбывающих наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации»