



ПРАВИТЕЛЬСТВО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 12 февраля 2026 года № 80-П

г. Саратов

О Концепции развития психиатрической и наркологической службы в Саратовской области

На основании Устава (Основного Закона) Саратовской области и в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н Правительство Саратовской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемую Концепцию развития психиатрической и наркологической службы в Саратовской области.

2. Министерству здравоохранения области руководствоваться положениями Концепции развития психиатрической и наркологической службы в Саратовской области при решении задач по оказанию медицинской помощи жителям области по профилям «психиатрия» и «наркология».

3. Министерству информации и массовых коммуникаций области опубликовать настоящее постановление в течение десяти дней со дня его подписания.

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Вице-губернатор Саратовской области –
руководитель аппарата Губернатора
Саратовской области**



М.И. Орлов

УТВЕРЖДЕНА

постановлением Правительства
Саратовской области

от 12 февраля 2026 года № 80-П

**Концепция
развития психиатрической и наркологической службы
в Саратовской области**

1. Общие положения

Концепция развития психиатрической и наркологической службы в Саратовской области (далее – Концепция) разработана во исполнение протокола рабочей встречи Министра здравоохранения Российской Федерации с Губернатором Саратовской области от 31 июля 2025 года № 73/10-9/362. Концепция направлена на повышение эффективности и доступности психиатрической помощи, приведение ее в современный формат с упором на амбулаторно-дневное лечение и реабилитацию. Концепция учитывает лучшие практики (в том числе кластерно-модульные модели, реализованные в г. Москве).

Текущее состояние службы.

Психиатрическая служба региона представлена сетью из 9 государственных учреждений (психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров), закрепленных за определенными территориями. На 1 января 2025 года в этих учреждениях развернуто 2573 круглосуточных койки (в том числе 2227 психиатрических, 285 наркологических и других). Крупнейшими стационарами являются государственное учреждение здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» (1001 койка) и государственное учреждение здравоохранения «Красноармейская областная психиатрическая больница» имени Калямина Юрия Алексеевича, Заслуженного врача РСФСР» (610 коек).

Остальные – мощностью от 40 до 355 коек (ГУЗ «ЭПБ» – 355, ГУЗ «БПНД» – 200, ГУЗ «АПБ» – 150, ГУЗ «Балашовский МПНД» – 93, ГУЗ «Вольский межрайонный ПНД» – 60, ГУЗ «Пугачевский межрайонный ПНД» – 40 коек, ГУЗ «СГПНД» – 60 коек). За каждым учреждением закреплены группы районов и городов области, жителям которых оказывается специализированная медицинская помощь.

Показатели деятельности.

Обеспеченность психиатрическими койками в Саратовской области составляет 10,0 на 10 тыс. населения, что выше среднероссийского уровня (8,8 на 10 тыс.). В то же время, загруженность этих коек ниже средней по Российской Федерации: среднегодовая занятость психиатрической койки в 2024 году – 285,7 дня (против 307 дней по Российской Федерации), средняя длительность лечения в стационаре по профилю «психиатрия» составляет 52,4 дня, что несколько ниже чем в среднем по стране (62,8 дня).

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в регионе в 2024 году в целом, детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет составили 2832,7, 3227,7 и 5736,5 на 100 тыс. населения соответственно, что ниже аналогичного значения по Приволжскому федеральному округу, но выше чем по Российской Федерации (2879,8 и 2744,8 на 100 тыс. населения соответственно).

Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в целом и детей 0-14 лет составили 282,6 и 487,5 на 100 тыс. населения соответственно, что выше аналогичного значения по Приволжскому федеральному округу, но ниже чем по Российской Федерации.

Показатель общей инвалидности пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в Саратовской области составил 682,0 на 100 тыс. населения, что ниже значения по Приволжскому федеральному округу (829,3 на 100 тыс. населения) и по Российской Федерации (722,1 на 100 тыс. населения).

Показатель первичной инвалидности, вызванной психическими расстройствами и расстройствами поведения, в 2024 году составил 23,6, что ниже уровня, зафиксированного в Приволжском федеральном округе (33,9 на 100 тыс. населения), и Российской Федерации в целом (32,2 на 100 тыс. населения) за этот же период.

Показатели общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, составили 1110,2 на 100 тыс. населения и 55,3 на 100 тыс. населения соответственно, и не превышают аналогичные значения по Приволжскому федеральному округу (1360,5 и 140,5 на 100 тыс. населения соответственно) и по Российской Федерации (1189,3 и 109,4 на 100 тыс. населения соответственно).

Среди детского населения (0-14 лет) в 2024 году показатели общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, составили 13,4 и 2,3 на 100 тыс. населения соответственно и превышают аналогичные значения по Приволжскому федеральному округу (0,6 на 100 тыс. населения) и по Российской Федерации (0,7 на 100 тыс. населения).

Общая и первичная заболеваемость подростков 15-17 лет наркологическими расстройствами составила 217,8 и 59,9 на 100 тыс. населения соответственно, что ниже аналогичных показателей по Приволжскому федеральному округу (339,7 и 171,0 на 100 тыс. населения соответственно) и по Российской Федерации (357,9 и 144,5 на 100 тыс. населения соответственно). Показатель общей заболеваемости наркоманией подростков 15-17 составил 8,2 на 100 тыс. населения, но ниже аналогичных значений по Приволжскому федеральному округу и по Российской Федерации (8,6 и 13,6 на 100 тыс. населения соответственно).

2. Обоснование необходимости модернизации психиатрической службы

Проведенный анализ показал ряд системных проблем в организации психиатрической помощи в области.

1. Низкая эффективность работы круглосуточного коечного фонда.

Значительная часть пациентов могла бы получать помощь в менее затратных условиях, однако стационарозамещающие технологии развиты слабо. Нынешняя структура с упором на круглосуточные койки неэффективна с точки зрения расходов при сопоставимом качестве лечения.

2. Недостаточное развитие дневных стационаров и амбулаторной реабилитации.

Дневные стационары имеются в 4 учреждениях и представлены незначительным числом коек. Это снижает доступность современных форм медицинской помощи, особенно этапной реабилитации после острых состояний.

3. Маломощные (низкоемкие) стационары и раздробленность инфраструктуры.

В структуре службы присутствует несколько малых стационаров (на 40-150 коек). Психиатрические больницы емкостью менее 300 круглосуточных коек являются экономически неэффективными ввиду содержания комплекса вспомогательных служб (пищеблок, прачечная, инженерно-техническая служба, охрана и пр.) при относительно небольшом числе пациентов. Разрозненность инфраструктуры затрудняет управление службой и координацию маршрутизации пациентов между учреждениями.

4. Отсутствие мобильных форм работы.

В области не организованы выездные бригады психиатрической помощи, слабо применяются технологии телемедицины. Это осложняет оказание помощи на дому тяжелым и маломобильным пациентам, а также консилиумную поддержку врачей в районах.

5. Кадровый дефицит.

В психиатрической службе области наблюдается низкая укомплектованность кадрами. По состоянию на ноябрь 2025 года, укомплектованность врачебных должностей составляет 66 процентов от штатной численности, среднего медперсонала – около 76 процентов. Низкая обеспеченность психиатрами особенно характерна для отдаленных районов. Дефицит квалифицированных кадров ограничивает доступность и качество помощи, ведет к перегрузке действующего персонала.

Перечисленные проблемы обуславливают необходимость реформирования психиатрической службы. Модернизация сети путем укрупнения учреждений и перераспределения коечного фонда позволит сократить неэффективные расходы и одновременно повысить качество, доступность медицинской помощи. Развитие дневных стационаров и выездных форм работы соответствует современным тенденциям деинституционализации психиатрии, смещая акцент с длительного пребывания в больнице на лечение и поддержку в сообществе.

Центральная идея концепции – создание опорных центров психиатрической помощи с достаточной мощностью и ресурсами, вокруг которых будет организована сеть приближенных к населению амбулаторных служб и дневных стационаров.

3. Цель и задачи Концепции

Цель: повысить эффективность, качество и доступность психиатрической и наркологической помощи населению Саратовской области на основе оптимизации сети учреждений, развития стационарозамещающих технологий и концентрации ресурсов в современном многопрофильном центре. Это позволит привести психиатрическую и наркологическую службу в соответствие с актуальными порядками и стандартами ее оказания с акцентом на стационарозамещающие формы работы.

Основные задачи:

создание нового централизованного многопрофильного психиатрического комплекса – опорного учреждения службы на 820 коек, обеспечивающего основные виды специализированной помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология». Новый стационар станет современным высокооснащенным центром, отвечающим требованиям приказов Минздрава России от 14 октября 2022 года № 668н и от 30 декабря 2015 года № 1034н, и возьмет на себя функцию главного (опорного) учреждения региона по психиатрической помощи;

оптимизация коечного фонда: сокращение избыточных круглосуточных коек при одновременном развитии альтернативных форм – дневных стационаров, отделений сестринского ухода и палат (коек) паллиативной помощи. Это позволит снизить долю круглосуточного пребывания и перевести стабильных пациентов на более щадящие и экономичные режимы лечения. Планируется сократить среднюю длительность госпитализации на 15-20 процентов за счет расширения этапной реабилитации на дневных койках;

укрупнение и централизация сети учреждений: реорганизовать разрозненную инфраструктуру через присоединение маломощных стационаров к более крупным межрайонным центрам (опорным площадкам). Концентрация ресурсов в укрупненных центрах устраним дублирование служб и улучшит управляемость службой, позволит сформировать единые стандарты работы;

развитие выездных и телемедицинских форм помощи: создать выездные бригады (мобильные психиатрические команды) для оказания помощи на дому и по месту жительства, внедрить элементы телепсихиатрии (дистанционные консультации, наблюдение), повышающие охват и удобство получения консультативной помощи в отдаленных районах;

укрепление кадрового потенциала: повысить укомплектованность службы медицинскими кадрами за счет централизации (укрупненные учреждения привлекательнее для специалистов), а также целевого обучения, привлечения молодых врачей, поддержки и мотивации персонала. Планируется реализация мероприятий: мониторинг кадровой обеспеченности,

программы по подбору и закреплению квалифицированных специалистов, развитие целевой подготовки и повышения квалификации, профориентационная работа и повышение престижа психиатрических специальностей. В результате должна улучшиться обеспеченность психиатрической службы врачами и медсестрами, особенно в межрайонных центрах;

внедрение системы паллиативной помощи и сестринского ухода в психиатрии: развить инфраструктуру оказания паллиативной медицинской помощи психически больным (неизлечимым и хроническим пациентам) и отделений сестринского ухода. Это позволит снизить больничную летальность и обеспечить надлежащий уход за тяжелыми пациентами, разгрузив острые отделения;

развитие медико-социальной реабилитации: создать в ключевых межрайонных центрах отделения медико-социальной реабилитации для пациентов с хроническими психическими расстройствами, обеспечивая их адаптацию, социальную и трудовую реинтеграцию после стационарного лечения.

4. Предлагаемая модель и ключевые мероприятия модернизации психиатрической и наркологической службы

Строительство новой областной психиатрической больницы.

Предусматривается возведение современного специализированного стационара (ОКПБ) на 820 коек в Саратове. Новый комплекс станет опорным учреждением психиатрической службы области (наряду с базовыми центрами в городах Балаково и Балашове) и возьмет на себя значительную часть круглосуточного коечного фонда. Новая ОКПБ будет отвечать актуальным стандартам (приказы Минздрава России от 14 октября 2022 года № 668н и от 30 декабря 2015 года № 1034н) по структуре отделений, обеспеченности кадрами и оснащению. В ее составе предусмотрены, помимо профильных психиатрических и наркологических отделений, специализированные подразделения: отделение интенсивного наблюдения (для острых состояний), отделение неотложной психиатрической помощи, отделение медико-социальной реабилитации, а также паллиативное отделение (не менее 30 коек паллиативной помощи). Концепция нового стационара включает создание комфортной среды для пребывания пациентов и работы персонала, что повысит привлекательность учреждения для специалистов.

Реорганизация сети: интеграция малых стационаров в крупные центры и перепрофилирование коек.

Укрупнение существующих учреждений предлагается провести путем реализации следующих мероприятий:

1. Присоединение ряда учреждений к ГУЗ «ОКПБ» (централизация в г. Саратове): ГУЗ «Энгельсская психиатрическая больница» (ЭПБ), ГУЗ «Аткарская психиатрическая больница» (АПБ) и ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» (СГПНД) объединяются с ОКПБ. Планируется сокращение круглосуточных коек в ГУЗ «ЭПБ», ГУЗ «АПБ» и ГУЗ «СГПНД», которые будут перераспределены в новую ГУЗ «ОКПБ», а на высвобожденных площадях планируется развернуть стационары дневного пребывания и отделения длительного ухода.

В целом общее количество коек дневного стационара составит 130 коек (на три площадки), паллиативных коек – около 70 и коек сестринского ухода – 150.

Примерная конфигурация: на базе ГУЗ «АПБ» создается дневной стационар на 20 коек и амбулаторно-консультативное отделение, на базе ГУЗ «СГПНД» – дневной стационар на 60 коек и амбулаторная служба, на базе ГУЗ «ЭПБ» – дневной стационар на 50 коек, паллиативное отделение – на 50 коек, отделение сестринского ухода – 150 коек, а также амбулаторно-поликлиническое отделение. Таким образом, эти площадки станут филиалами (подразделениями) ГУЗ «ОКПБ» амбулаторно-реабилитационного профиля, приближенными к месту жительства пациентов.

2. Формирование Балаковского межрайонного психиатрического центра.

ГУЗ «Балаковский ПНД» (г. Балаково) предлагается укрепить за счет присоединения ГУЗ «Вольский межрайонный ПНД» и ГУЗ «Пугачевский межрайонный ПНД». Круглосуточные койки в Вольском и Пугачевском диспансерах будут сокращены, вместо них организованы дневные стационары суммарно на 50 коек (ориентировочно: 30 – в Вольске, 20 – в Пугачеве) с сохранением там амбулаторных служб для местных жителей. Пациенты, требующие круглосуточного лечения, из указанных районов будут госпитализироваться в ГУЗ «БПНД» (который станет опорной больницей для северо-восточных районов области).

3. Сохранение и развитие других межрайонных центров.

ГУЗ «Красноармейская областная психиатрическая больница» (610 коек) и ГУЗ «Балашовский межрайонный ПНД» (93 койки) продолжают работу в статусе межрайонных опорных учреждений, обслуживая закрепленные территории.

ГУЗ «Красноармейская ПБ» останется крупным профильным центром на юге области, а ГУЗ «Балашовский ПНД» – на западе. В этих учреждениях при необходимости будут развернуты дополнительные койки дневного пребывания и отделения реабилитации, исходя из потребностей прилегающих районов.

Ожидается, что в результате интеграции и перепрофилирования коечного фонда произойдет значительное сокращение избыточных круглосуточных коек.

4. Развитие дневных стационаров и приближенных форм помощи.

Ключевым элементом новой модели станет широкая сеть дневных стационаров, развернутая на базе круглосуточных отделений в городах: Саратов, Энгельс, Аткарск, Балаково, Вольск, Пугачев и других.

Теперь у жителей большинства крупных населенных пунктов области появится возможность получать необходимое лечение и наблюдение в дневное время без отрыва от семьи и привычной среды, что чрезвычайно удобно для пациентов и их родственников.

Дневные стационары будут географически и транспортно доступны для населения по месту жительства, что особенно важно для пациентов, требующих длительной поддерживающей терапии или реабилитации.

Международная практика и опыт других регионов показывает эффективность такой организации медицинской помощи. Например, в Москве реализована кластерная модель, в рамках которой в каждом территориальном кластере созданы модули дневного стационара на 50 мест и амбулаторные отделения, приближенные к району проживания на 300 тыс. населения. Предлагаемый подход соответствует этой модели, обеспечивая баланс между централизацией специализированной помощи и обеспечением ее доступности на уровне сообщества.

При организации дневных стационаров будет обеспечено лицензирование помещений в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

5. Совершенствование системы маршрутизации пациентов

В рамках реализации концепции будет обновлен порядок направления пациентов в медицинские организации (маршрутизация) с учетом новой структуры службы. Планируется разработать и утвердить новый региональный нормативный акт, где будут закреплены зоны обслуживания между укрупненными центрами и определены маршруты госпитализации и перевода пациентов.

Предлагается внедрить кластерный принцип оказания медицинской помощи: за каждым межрайонным центром (опорной психиатрической больницей) закрепляется группа районов, из которых пациенты с острыми состояниями или тяжелыми формами направляются в этот центр или в ОКПБ.

В то же время амбулаторное наблюдение, плановая помощь и дневное лечение организуются максимально близко к месту жительства – в районных (городских) отделениях (диспансерах), являющихся филиалами опорных центров. Новый порядок маршрутизации будет содержать схему прикрепленных территорий и алгоритмы направления пациентов при различных ситуациях (экстренная психиатрическая помощь, плановая госпитализация, перевод на долечивание и реабилитацию в дневной стационар по месту жительства и т.д.). Это позволит избежать необоснованной госпитализации в отдаленные стационары или длительного пребывания в областной больнице пациентов, которых можно лечить ближе к дому. Обновление системы маршрутизации также учтет вопросы транспортной логистики (при необходимости будет организован медицинский транспорт для доставки пациентов из районов в опорные центры).

6. Создание выездных бригад и внедрение телепсихиатрии

Предусмотрена организация специализированных выездных бригад психиатрической помощи при опорных учреждениях. Эти бригады (во главе с врачом-психиатром, с привлечением психолога и медсестры) будут выезжать для оказания медицинской помощи пациентам на дому: проведение патронажей пациентов с тяжелыми хроническими расстройствами, наблюдение за состоянием после выписки, оказание помощи при обострениях, когда госпитализация не требуется или затруднена. Выездная

форма работы улучшит охват помощью в отдаленных сельских районах и снизит потребность в длительных госпитализациях.

Также планируется внедрение телемедицинских технологий – создание системы удаленных консультаций (телепсихиатрии). Это позволит районным врачам в ЦРБ и амбулаториях оперативно получать консультации специалистов областного уровня, проводить консилиумы по сложным пациентам, а при необходимости – дистанционно подключать пациента и его семью к консультации (с их согласия). Телепсихиатрия повысит качество диагностики и лечения за счет экспертной поддержки, а также снизит затраты времени и средств на транспортировку пациентов на очные консультации.

7. Кадровое обеспечение и обучение

Реализация концепции сопровождается планом мероприятий по улучшению кадровой ситуации. Укрупнение психиатрических учреждений позволит сконцентрировать кадры и рациональнее их использовать: часть специалистов из маломощных стационаров перейдет на работу в межрайонные центры и новую ОКПБ, где будет создана более комфортная и оснащенная рабочая среда. Кроме того, министерство здравоохранения области совместно с подведомственными учреждениями реализует комплекс мер: мониторинг укомплектованности, активный поиск и привлечение новых врачей (в том числе выпускников целевой резидентуры по психиатрии), программы закрепления кадров (предоставление жилья, соцподдержки, надбавок за работу в районе), повышение квалификации действующего персонала (тренинги, стажировки, супервизия). Будет расширена практика целевого обучения студентов медицинских вузов для нужд психиатрической службы области. Также планируется информационно-разъяснительная и профориентационная работа, направленная на повышение престижа работы в психиатрии. В итоге за счет централизации и поддержки кадров ожидается увеличение укомплектованности врачебных должностей и снижение текучести персонала.

8. Развитие паллиативной и сестринской помощи в психиатрии

В регионе психиатрическая служба интегрируется с системой паллиативной помощи. В структуре новой ОКПБ будет функционировать отделение паллиативной медицинской помощи (для пациентов с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями в терминальных стадиях, требующих симптоматического лечения и ухода). Кроме того, на базе филиалов (бывших больниц в г. Энгельсе и других) развернуты койки сестринского ухода и паллиативные койки для долечивания пациентов из районов, нуждающихся в продленном наблюдении, уходе и социально-бытовой помощи. Создание этих подразделений позволит снизить нагрузку на основные стационары, уменьшить число длительно и безнадежно больных среди общего коечного фонда, а также снизить внутрибольничную летальность за счет выделения специальных коек для тяжелых пациентов. Одновременно будет налажено взаимодействие с системой социальной

защиты (ПНИ, дома-интернаты) для маршрутизации пациентов, утративших социальные связи и нуждающихся в постоянном проживании в социальных учреждениях.

9. Создание отделений медико-социальной реабилитации

В межрайонных психиатрических центрах (Балаковский, Красноармейский, Балашовский, Энгельсский филиалы и другие) планируется открыть отделения медико-социальной реабилитации (МСР) или расширить функции существующих реабилитационных подразделений. В них пациенты будут получать услуги по восстановлению социальных навыков, трудотерапию, психотерапевтическую поддержку, подготовку к выписке и возвращению в общество. Особое внимание – развитию навыков самообслуживания, коммуникации, обучению родственников навыкам ухода. Реабилитационные отделения станут важным звеном в маршруте пациента: после стабилизации состояния в остром стационаре человек переводится на долечивание и реабилитацию, что повышает эффективность лечения в целом.

10. Развитие психолого-психиатрической помощи участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей

Психолого-психиатрическая помощь участникам СВО и членам их семей встраивается в целевую архитектуру службы по «опорной» модели с центром в ГУЗ «ОКПБ» им. Святой Софии и филиальными площадками региона, опорными пунктами в г. Балаково и г. Балашове. На региональной площадке филиала Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» по Саратовской области (далее – Фонд) создается «единое окно» для ветеранов и их семей: первичный психологический скрининг, информированное согласие, запись в РМИС/ЕГИСЗ, маршрутизация в ГУЗ «ОКПБ» или другие структуры.

Первая связь обеспечивается очно либо дистанционно (телемедицинская консультация в защищенном контуре), далее проводится очная психиатрическая оценка с подтверждением диагноза и формированием индивидуального плана лечения и реабилитации. В структуре ОКПБ разворачивается Центр военно-травматических стрессовых расстройств (ВТС) на функциональной основе как опорная единица по ПТСР, тревожно-депрессивным расстройствам, коморбидным зависимостям и последствиям ЧМТ; междисциплинарная команда (психиатр, психотерапевт, клинический психолог, нарколог, невролог, специалист по реабилитации, соцработник) ведет случаи от острого этапа до постгоспитального сопровождения.

Для кризисных состояний вводится приоритетный доступ к профильным круглосуточным койкам ОКПБ с последующим ускоренным переводом в дневной стационар реабилитационной направленности, на филиальных площадках (в том числе СГПНД, Энгельс, Аткарск и другие) формируются амбулаторно-реабилитационные модули и кабинеты семейного консультирования, чтобы обеспечить помощь «ближе к дому», а для маломобильных пациентов действуют выездные (патронажные) бригады. Правовой режим взаимодействия с Фондом и иными ведомствами

строится на информированном добровольном согласии, защите персональных данных и обмене сведениями строго в пределах полномочий, необходимых для оказания помощи.

11. Ожидаемые результаты реализации Концепции

Внедрение предложенных мероприятий позволит существенно улучшить показатели работы психиатрической службы и качество помощи пациентам.

1. Оптимизация использования коечного фонда.

Среднегодовая занятость круглосуточной койки повысится до 310 дней и более, за счет чего возрастет эффективность стационарной помощи. Средняя длительность пребывания на койке сократится на 15-20 процентов благодаря расширению дневной реабилитации и амбулаторного долечивания.

2. Рост охвата стационарозамещающей помощью.

Количество пациентов, получающих помощь амбулаторно и в дневных стационарах, увеличится не менее чем на 40 процентов.

Доля случаев, когда пациент может избежать госпитализации в круглосуточный стационар, значительно возрастет, что соответствует современным подходам к лечению.

3. Приближение специализированной помощи к месту жительства пациентов. Открытие дневных стационаров и усиление амбулаторной службы в городах Саратове, Энгельсе, Аткарске, Балаково и других облегчит получение помощи без длительных поездок. Для жителей удаленных сельских районов повышенную доступность обеспечат мобильные бригады: психиатрическая помощь придет на дом к тем, кто не в состоянии самостоятельно приехать в клинику.

4. Улучшение качества и непрерывности помощи.

Благодаря развитию реабилитационных и сестринско-паллиативных отделений пациенты получают необходимый уход и восстановление в надлежащих условиях. Это снизит риск декомпенсаций и повторных госпитализаций, а также уменьшит показатель больничной летальности (за счет перевода тяжелых соматически отягощенных больных на специализированные койки паллиативного профиля).

5. Экономическая эффективность и рациональное использование ресурсов.

За счет сокращения избыточных коек и укрупнения учреждений снизятся затраты на содержание административно-управленческого аппарата, финансовые средства могут быть направлены на улучшение условий пребывания пациентов, повышение оплаты труда персонала, приобретение современных препаратов и оборудования. Качество услуг при этом не только не пострадает, но и возрастет за счет концентрации квалифицированных специалистов и оборудования в опорных центрах.

6. Укрепление кадрового потенциала.

Централизация службы и улучшение условий работы позволят повысить укомплектованность кадрами. Ожидается постепенное увеличение заполнения врачебных ставок (с текущих 59 процентов к целевым

90 процентам) и снижение дефицита специалистов в отдаленных районах, поскольку часть функций перейдет к межрайонным центрам, обеспеченных врачами. Престиж работы в обновленной службе возрастет, что будет способствовать притоку молодых специалистов.

7. Современная система маршрутизации и управления службой.

Благодаря созданию укрупненных опорных центров и обновлению нормативной базы, в области будет действовать прозрачная система направления пациентов. Каждый пациент в зависимости от характера заболевания будет направляться либо в ближайший дневной стационар (диспансер), либо в профильное отделение опорной больницы (или ОКПБ). Это обеспечит преемственность на всех этапах: от первичного обращения до высокотехнологичной помощи и последующей реабилитации. Управляемость психиатрической службы повысится: станет возможным централизованное планирование коечного фонда, гибкое перераспределение ресурсов при изменении потребностей, мониторинг качества помощи по единым стандартам.

Концепция является комплексным планом модернизации, направленным на создание устойчивой, эффективной и человекоориентированной системы помощи душевнобольным.

Реализация всех мероприятий позволит вывести службу на качественно новый уровень. Новая ОКПБ станет современным опорным центром, вокруг которого будет сформирована сеть дневных стационаров и амбулаторных служб, приближенных к населению.

Будет достигнут баланс между централизацией (для обеспечения высокого качества специализированной помощи) и доступностью помощи по месту жительства. Специализированная служба будет соответствовать всем актуальным требованиям и приказам Минздрава России, в том числе по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология».

Выполнение концепции обеспечит устойчивое развитие психиатрической помощи в регионе на среднесрочную и долгосрочную перспективу. Ожидаемые эффекты – улучшение психического здоровья населения, снижение социальной дезадаптации и инвалидизации пациентов, рациональное и эффективное расходование бюджетных средств.

Концентрация ресурсов и усиление межведомственного взаимодействия (здравоохранение, социальная защита, образование) позволят более полно реализовать принцип преемственности и комплексности помощи пациентам с психическими расстройствами.

12. Мероприятия переходного периода по реализации Концепции

В период поэтапной трансформации сети до ввода в эксплуатацию новой ОКПБ на 820 коек необходимо реализовать комплекс управленческих, организационных и ресурсных мер, обеспечивающих непрерывность и доступность специализированной психиатрической и наркологической помощи.

Цели переходного периода:

обеспечение территориальной доступности медицинской помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» (включая отдаленные территории) за счет организации работы дневных стационаров, мобильных бригад и телемедицины;

корректировка маршрутизации пациентов в условиях реорганизации;
финансовая устойчивость и снижение рисков нарушения сроков получения лицензий;

укрепление кадрового потенциала и мотивации персонала.

Основные направления и мероприятия:

1. Обеспечение доступности психиатрической и наркологической медицинской помощи за счет:

получения лицензии на специализированную психиатрическую и наркологическую помощь в условиях стационара на базе ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (ОКПТД) с приведением помещений к лицензионным и санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Срок: I полугодие 2026 года;

создания сети дневных стационаров (ДС) по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология»: лицензирование и поэтапный запуск на площадках СГПНД (г. Саратов), в психиатрических больницах и диспансерах городов Энгельса, Аткарска, Вольска, Пугачева с модернизацией входных групп, ограждений и оформлением санитарно-эпидемиологических заключений по каждому адресу.

Срок: II полугодие 2026 года;

создания двух мультидисциплинарных выездных бригад на базе ГУЗ «ОКПБ» (врач-психиатр, клинический психолог, медсестра, водитель-санитар) и развертывание защищенных каналов телемедицинских консультаций для отдаленных районов области.

Срок: II полугодие 2026 года.

2. Нормативно-правовое обеспечение:

принятие приказа министерства здравоохранения области о подготовительных мероприятиях к проведению структурных преобразований в психиатрической службе области.

Срок: II полугодие 2026 года;

разработка локальных нормативных правовых актов переходного периода: прием – перевод – выписка, постгоспитальное сопровождение (внедряется в ОКПБ).

Срок: I полугодие 2026 года.

3. Кадровая политика и мотивация.

Приток и закрепление кадров за счет: решения жилищного вопроса (служебное жилье, субсидии, льготная ипотека), участия в программе «Земский доктор», целевой подготовки специалистов, наставничества, предоставления мер социальной поддержки студентам и молодым специалистам.

Срок: постоянно.

4. Социальная стабильность.

Работа с коллективами: обеспечение людей рабочими местами, программы перевода (переподготовки), ярмарки вакансий.

Для обратной связи с сотрудниками будут действовать общественные советы при медицинской организации и министерстве здравоохранения области.

Срок: II полугодие 2026 года.

5. Мониторинг достижения целевых показателей (ежемесячно/квартально):

доступность: среднее ожидание консультации; доля пациентов, получивших помощь по месту жительства; число телеконсультаций; число выездов бригад;

производительность: занятость коек дневного стационара; доля переводов «круглосуточный – дневной стационар»; 30 / 90-дневные регоспитализации;

кадровая обеспеченность: укомплектованность по категориям; текучесть; число переподготовленных специалистов;

экономика: отклонение фактических затрат от плановых; освоение выделенных средств; прирост объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

отчетность: ежеквартальный отчет в министерство здравоохранения области; полугодовой доклад в рабочую группу по реализации Концепции.
