

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

На правах рукописи

Тер-Израелян Алексей Юрьевич

**Совершенствование организации первичной специализированной медико-
санитарной помощи психически больным**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук, доцент
Белостоцкий Андрей Викторович

доктор медицинских наук, профессор
Костюк Георгий Петрович

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ	17
1.1. Медико-социальная значимость психических расстройств и заболеваний	17
1.2. Психические расстройства и заболевания как индикаторы социального неблагополучия и факторы, способствующие их росту в популяции.....	21
1.3. Организация специализированной психиатрической помощи	26
1.3.1. Концепция профилактики и снижения факторов риска	27
1.3.2. Информационная система контроля состояния психического здоровья населения	28
1.3.3. Отечественный опыт реформирования организации оказания психиатрической помощи психически больным	28
1.3.4. Зарубежный опыт реформирования организации оказания психиатрической помощи психически больным	33
1.4. Реформирование психиатрической помощи в России	47
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	56
2.1. Характеристика базы исследования	58
2.2. Методика и организация исследования	60
2.3. Методы статистической обработки данных	70
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ, СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ, ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ	73

3.1. Анализ международной правоустанавливающей базы, регламентирующей предоставление медицинской, в том числе стационарорзамещающей помощи, психически больным	74
3.2. Анализ нормативной правовой базы, регламентирующей предоставление медицинской, в том числе стационарорзамещающей помощи, психиатрическим больным в Российской Федерации	83
3.3. Законодательство о психиатрической помощи в городе Москве	103
ГЛАВА 4. НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ОЦЕНКИ ЕЕ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	109
4.1. Амбулаторный психиатрический модуль – новая организационная модель оказания специализированной помощи психически больным	109
4.2. Показатели для оценки качества и эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным	135
ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТАВА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ, АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ДАННУЮ ПОМОЩЬ	143
5.1. Анализ состава больных и показателей деятельности психоневрологического диспансера	143
5.2. Анализ деятельности дневного психиатрического стационара	149
5.3. Анализ состава больных и показателей деятельности психиатрического стационара	154
5.4. Результаты экспертной оценки показаний к госпитализации психически больных	162

ГЛАВА 6. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ (АМБУЛАТОРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МОДУЛЯ)	169
6.1. Анализ результатов изучения мнений врачей и пациентов (их родственников) о качестве организации деятельности амбулаторного психиатрического модуля	169
6.1.1. Результаты опроса пациентов (их родственников)	169
6.1.2. Результаты опроса врачей о качестве организации деятельности амбулаторного психиатрического модуля	177
6.2. Оценка качества и эффективности деятельности амбулаторного психиатрического модуля	196
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	210
ВЫВОДЫ	219
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	222
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	224
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	225
Приложение А. Анкета для изучения мнения врача стационара	264
Приложение Б. Анкета для изучения мнения врача, оказывающего первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным во внестационарных условиях	268
Приложение В. Анкета для изучения мнения врача амбулаторного модуля	271
Приложение Г. Анкета для изучения мнения пациента диспансерного отделения (дневного стационара)	275
Приложение Д. Анкета для изучения мнения родственника пациента диспансерного отделения (дневного стационара)	278
Приложение Е. Карта госпитализированного на психиатрическую койку ..	280

Приложение Ж. Карта экспертной оценки значимости показателей эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь психически больным	282
Приложение И. Показатели (индикаторы) для оценки качества и результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую ПМСП помощь населению на различных уровнях управления	286

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Реформирование организации оказания психиатрической помощи больным, начавшееся в европейских странах в середине прошлого века, сохраняется актуальным в современном мире «важными задачами современной психиатрии являются поиск и разработка наиболее эффективных форм деятельности психиатрической службы, улучшение качества лечебно-диагностической помощи, создание оптимальной структуры и определение приоритетных направлений ее развития, со смещением акцента на внебольничное звено, внедрение современных форм психосоциального лечения и реабилитации» [55, 56, 173, 175, 187, 202,210, 220].

Для настоящего времени является важным расширение сети специализированных диспансеров с «интеграцией психиатрической службы и учреждений, оказывающих общую» [23] медико-санитарную помощь «с учетом лучшего мирового опыта разрабатываются реабилитационные программы для психически больных, которые проходят апробацию с целью последующего тиражирования в масштабах города Москвы» [195].

В 2005 году в Евросоюзе была принята Европейская декларация по охране психического здоровья, а к 2013 году – европейский план действий по охране психического здоровья, который направлен на создание условий для его поддержания. «Благоприятные для психического здоровья условия должны поддерживаться вокруг человека на протяжении всей его жизни, и специализированная помощь должна быть доступна всем нуждающимся без ограничения и в любое время. Именно поэтому большое внимание во всем мире уделяется интеграции психиатрической и медико-санитарной помощи, соответствующей подготовке врачей общей практики, участковых врачей» [99].

Принятие Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02 июля 1992 г. № 3185–1 стало законодательной базой и основополагающим документом, регулирующим деятельность

психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Он декларирует современные правила обращения с лицами, страдающими психическими расстройствами, что немаловажно само по себе, кроме того, содержит гарантии и механизмы применения этих положений на практике.

Основными звеньями психиатрической помощи в отечественной психиатрии до настоящего времени являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, за которой закреплено несколько диспансеров по территориальному признаку.

Актуальные проблемы организации «внебольничной помощи лицам с психическими расстройствами» [182] способствовали выходу Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.07.2012 № 24895). Приказ регламентирует выделение структурных подразделений для оказания медико-реабилитационной помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Определяет «штатное расписание всех подразделений, в структуре которых, кроме специалистов медицинских специальностей, предусмотрено увеличение по сравнению со стандартными подразделениями количества клинических психологов и специалистов по социальной работе» [22, 212].

Существующей сети диспансеров недостаточно, и, внедряя современные методы работы с психически больными, ее целесообразно расширять с целью максимально возможной интеграции пациента в социум. Для оказания психиатрической помощи пациентам, состояние которых не требует круглосуточного пребывания и лечения, предназначен дневной стационар – структурное подразделение психоневрологического диспансера.

«Минимизация стационарного лечения пациента, сокращение времени его пребывания в круглосуточном стационаре закрытого типа – ключевой тренд и современное направление развития психиатрической помощи» [175].

Необходимо отметить, что стоимость одного дня пребывания больного в психиатрическом стационаре в 2017 году составляла 3700 рублей, одного дня пребывания больного в дневном стационаре – 600 рублей. В связи с этим эффективное использование финансовых ресурсов психиатрической службы может быть достигнуто путем реорганизации инфраструктуры оказания психиатрической помощи, совершенствования и интенсификации лечебно-диагностического процесса, внедрения современных медицинских технологий, приоритетного развития стационарозамещающих и других видов внебольничной помощи.

Оказание психиатрической помощи, имеющиеся ресурсы и потребности населения в специализированной «медицинской помощи по профилю “психиатрия”» [22] не всегда оказываются сбалансированными, не полностью позволяют обеспечивать доступность и качество профильной специализированной медицинской помощи.

В современной медицинской литературе подробно обсуждаются вопросы, касающиеся разработки маршрутизации пациентов, страдающих психическими расстройствами, повышения качества и доступности медицинской помощи данному контингенту лиц. Однако, сохраняется нерешенным вопрос относительно психически больных, поступающих на лечение и нуждающихся в стационарозамещающей помощи, развития этой помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что требует проведения комплексного изучения и анализа.

Степень научной разработанности проблемы

«Проблемам организации оказания помощи больным с психическими расстройствами в течение нескольких десятилетий уделяется особое внимание во всем мире» [23]. Данный вопрос широко освещен в работах иностранных и российских ученых [54, 210, 218, 219, 314].

Значительный объем помощи психически больным в настоящее время трансформируется на внебольничные формы и является общемировым трендом [99, 100].

На сегодняшний день в России имеется опыт организации службы охраны психического здоровья [220].

Однако данный опыт не в полной мере затронул организацию внебольничной помощи, внедрение новых организационных форм.

Цель исследования: научно обосновать и разработать предложения по совершенствованию организации первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным.

Задачи исследования:

1. Изучить и обобщить отечественный и зарубежный опыт организации и оказания первичной специализированной помощи психически больным.
2. Проанализировать состояние и развитие нормативной правовой базы, регламентирующей оказание специализированной, в т. ч. стационарозамещающей, помощи психически больным.
3. Провести анализ структуры и деятельности новой организационной модели оказания специализированной, в том числе первичной медико-санитарной, помощи психически больным в городе Москве.
4. Провести анализ показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь психически больным.
5. Разработать критерии и показатели для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным.
6. Изучить мнение врачей и пациентов (их родственников) о качестве организации деятельности новой организационной формы – амбулаторного психиатрического модуля.

7. Разработать предложения по совершенствованию новой организационной модели оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным.

Научная новизна исследования

Проанализирована существующая нормативная правовая база, регламентирующая предоставление медицинской, в т. ч. первичной специализированной медико-санитарной, помощи психически больным, показавшая, что требуется дополнение в действующее законодательство, в частности в виде конкретных рекомендаций по использованию новой системы показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным [22, 175, 181].

Впервые проведен анализ объемов, ресурсного обеспечения и показателей «деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную» [181] амбулаторную, в т. ч. стационарозамещающую, и стационарную помощь психически больным: динамика показателей «коечного фонда, число пролеченных больных» [25] амбулаторно и в стационаре, уровень инвалидизации, динамика показателей госпитализации, в том числе в недобровольном порядке.

Проведен комплексный анализ и дополнены новые сведения о составе психически больных (в разрезе диагноза, пола, возраста, социального статуса), получающих специализированную стационарную и первичную медико-санитарную помощь.

Получены новые данные, основанные на мнении экспертов, об обоснованности направления психически больных с различной патологией на стационарное лечение и сроков их пребывания в стационаре.

Представлен анализ организации и опыт функционирования новой организационной модели «оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным» [175] в городе Москве.

Проведена оценка социальной эффективности новой организационной формы оказания специализированной стационарозамещающей помощи психически больным – амбулаторного психиатрического модуля.

Научно обоснована система показателей для проведения мониторинга функционирования медицинских организаций, оказывающих первичную «специализированную медико-санитарную помощь психически больным» [175], в т. ч. их отдельных подразделений, в частности амбулаторного психиатрического модуля.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Выявлены недостатки в существующей нормативной правовой базе, регламентирующей предоставление медицинской, в т. ч. первичной специализированной медико-санитарной, помощи психически больным, которые имеют значение для внесения необходимых изменений и дополнений в части соблюдения требований о письменном согласии пациента на лечение определенным способом; создание службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах; обязательном государственном страховании врачей и другого персонала психиатрических учреждений, в случае причинения вреда их здоровью при исполнении ими служебных обязанностей [22, 175].

Результаты анализа ресурсного обеспечения и показателей деятельности психиатрического стационара и стационарозамещающих структур, состава психически больных и обоснованности их лечения в психиатрическом стационаре используются для планирования объемов и необходимого ресурсного обеспечения психиатрической первичной медико-санитарной помощи в городе Москве.

Опыт организации и функционирования новой «модели оказания специализированной помощи психически больным» [181] в городе Москве имеет практическое значение и позволяет разработать предложения по его использованию в других субъектах РФ.

Полученные данные об эффективности деятельности «новой организационной формы (амбулаторного психиатрического модуля)» [182]

позволили разработать предложения по ее интеграции в систему оказания психиатрической помощи взрослому населению.

Предложенная система показателей для проведения мониторинга функционирования медицинских организаций, оказывающих «первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным» [175], апробируется в базовой медицинской организации и позволяет получать оперативную информацию для управления.

Тема диссертации включена в план НИР ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (№ государственной регистрации 01201168237).

Положения, выносимые на защиту:

1. Нормативная правовая база, регламентирующая предоставление специализированной, в том числе стационарозамещающей, медицинской помощи больным психиатрического профиля в Москве, требует дальнейшего совершенствования.

2. Амбулаторный психиатрический модуль является важным звеном в оказании специализированной медицинской помощи психически больным вне стационара. Максимальная приближенность к месту обслуживания пациентов обеспечивает доступность данного вида медицинской помощи и способствует оказанию психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи за счет полипрофессиональной бригадной формы работы.

3. Интеграция амбулаторного психиатрического модуля в деятельность учреждений, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь, позволяет снизить нагрузку на стационарные койки, а также способствует снижению объема недобровольной госпитализации и первичного выхода на инвалидность.

4. Повышение эффективности деятельности медицинских организаций, функционирующих в рамках внедряемой в настоящее время в городе Москве новой модели оказания психиатрической помощи, обусловлено необходимостью совершенствования информационного обеспечения управления ею на основе

разработки системы показателей (индикаторов) для оценки деятельности медицинских организаций, участвующих в оказании данного вида медицинской помощи.

5. Внедрение новой организационной формы оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психиатрического профиля способствует повышению удовлетворенности пациентов и их родственников, а также врачей – специалистов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение»: п. 3 «исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей ...» и п. 8 «исследование проблем управления здравоохранением...».

Реализация и внедрение результатов работы

Материалы данного научного исследования использованы Департаментом здравоохранения города Москвы на различных этапах развития специализированной стационарозамещающей первичной медико-санитарной помощи психически больным в столичном регионе.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность «медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь» [50] взрослому населению города Москвы (акт о внедрении результатов диссертации в лечебный процесс ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» от 16.09.2020, акт о внедрении результатов диссертации в лечебный процесс ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» от 15.09.2020, акт о внедрении результатов диссертации в лечебный процесс ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» от 15.09.2020).

Материалы диссертации легли в основу изданного пособия для обучения врачей «Амбулаторный психиатрический модуль – одна из новых форм стационарозамещающей помощи».

Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе студентов на кафедре психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», на циклах повышения квалификации врачей-психиатров в рамках непрерывного медицинского образования на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН (акт о внедрении результатов диссертации в учебный процесс кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН от 15.09.2020).

Степень достоверности результатов исследования и апробация работы

Достоверность результатов, полученных в ходе выполнения данного исследования, представленных положений и выводов обеспечена репрезентативностью выборки, использованием корректных и современных методов исследования и статистической обработки материалов. В «соответствии с поставленными задачами в» [23] «исследовании использовалась комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, монографического описания, аналитический, статистический, социологический (интервьюирование, опрос), сравнительного статистического анализа» [177], графоаналитический, метод экспертных оценок, метод структурно-функционального моделирования. Сроки проведения диссертационного исследования с 2015 по 2019 годы.

Материалы диссертации доложены и обсуждены: на II научно-практической конференции ФНМО МИ РУДН с международным участием «Дроздовские чтения»; «Актуальные проблемы лечения и социальной реабилитации зависимости от наркотических средств – международная интеграция для поиска решений» (Москва, 2015); IV ежегодном психиатрическом Форуме научно-практической конференцией «Психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и клиническая психология: вместе или порознь?» (Москва, 2016); IV ежегодной научно-практической конференции «Дроздовские чтения». «Медицинская образовательная неделя: наука и практика – 2017», посвященная XX-летию ФПКМР МИ РУДН, (Москва, 2017); V ежегодной научно-практической конференции ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

«Дроздовские чтения» (Москва, 2018); на научно-практической конференции ФНМО МИ РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика – 2019»; заседании Проблемного совета кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва, 2019); симпозиуме «Современная психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и психосоциальная реабилитация» в рамках научно-практической конференции РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика – 2020»; научно-практической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая помощь сегодня», 2021 г., Россия, Москва; XVII Всероссийском съезде психиатров «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 2021 г., Россия, Санкт-Петербург.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автору принадлежит приоритетная роль в определении направления исследования, его организации и проведении. Автором лично разработана программа исследования, определен его объем. При непосредственном участии автора выполнен сбор и статистическая обработка полученных материалов. В частности, автор лично участвовал в проведении социологических исследований среди врачей, родственников пациентов, пациентов; в составе клинико-экспертной комиссии проводил экспертную оценку заполняемой документации и др. Автором проведен анализ и обобщение собранного материала, сделаны выводы, разработаны и внедряются в практику управленческие решения, оформлена диссертационная работа.

Является ведущим вклад автора в обсуждение результатов исследования в докладах на конференциях разного уровня и в научных публикациях. Доля личного участия автора: в получении и накоплении научной информации составляет до 80%, в обобщении, анализе, интерпретации и внедрении результатов исследования – до 90%.

Публикации по теме диссертации

По материалам исследования автором опубликовано 23 работы, в том числе 13 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России (из них 5 статей в отечественных научных изданиях, индексируемом Scopus, WoS и др.), 10 статей в иных изданиях; кроме того 12 публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций (из них 1 зарубежная конференция).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 292 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной методике и организации исследования, четырех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 327 библиографических источника, в том числе 220 отечественных и 107 иностранных авторов, 8 приложений. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 58 рисунками.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ: ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

По определению ВОЗ, понятие «здоровье» – это «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний и физических дефектов» [186].

Проблеме психического здоровья и психического благополучия Всемирная организация здравоохранения уделяет большое внимание, поскольку это важнейшая предпосылка хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, местных сообществ и народов в целом. Не менее важен вопрос оказания психиатрической помощи, поскольку многие люди с психическими проблемами не получают того лечения и помощи, в которых они нуждаются.

1.1. Медико-социальная значимость психических расстройств и заболеваний

Психосоматические расстройства наравне с такими заболеваниями как болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), вирусные гепатиты В и С, заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), относятся к категории социально значимых заболеваний (постановления Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 и от 10.05.2007 № 280). К социально значимым заболеваниям применимы такие критерии как высокий уровень распространенности, временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, высокий уровень затрат на лечение и реабилитацию (постановление Правительства РФ 10.05.2007 г. № 280; Постановление Правительства РФ от 06.04.2011 № 254). Их характеризует явно выраженная зависимость от социальных факторов среды обитания человека, образа жизни, трудовой деятельности, состояния системы здравоохранения, доступности и качества медицинской помощи, социально-

экономических преобразований в Российской Федерации в конце XX столетия, которые и привели к ухудшению здоровья, заметному росту социально значимых заболеваний [14, 113, 123, 127].

Более 450 миллионов человек в мире, как в развитых, так и в экономически развивающихся странах, страдают от тех или иных психических расстройств в различные периоды жизни. Их рост отмечается практически во всех возрастных категориях [10, 62, 74, 198, 252].

В России ежегодно на психиатрический учет берется более 70 тыс. человек. По возрастному составу наибольший удельный вес составляет группа лиц 30–49 лет [25, 133].

«В мире насчитывается 120 миллионов человек с депрессией, 37 миллионов с болезнью Альцгеймера. Около 50 миллионов страдают эпилепсией, 24 шизофренией» [150]. Шизофрения по результатам исследований отдельных авторов, является преобладающим психическим расстройством среди населения [7, 8, 41].

«Наблюдается возрастание психических расстройств и рост их экономического и социального бремени. В глобальном бремени болезней психические заболевания находятся на одном уровне с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [61].

Примечательно, что доля психически больных среди населения ничтожно мала и составляет менее 1%, а доля психически больных, в совершении опасных действий не выше, чем среди здоровых. По возрастному составу наибольший удельный вес составляет группа лиц 30-49 лет [25, 107, 109, 110].

Психические расстройства служат «причиной освобождения более 30% юношей от призыва на военную службу» [102]. Психические заболевания являются причиной 60% самоубийств.

«Чаще суицидальные попытки совершают женщины. Это связано, в первую очередь, с лабильностью женской психики, с повышенной восприимчивостью к стрессовым ситуациям и зачастую с экспрессивностью в поведении» [158].

Особенно трагическим является суицид среди детей и подростков. По данным ВОЗ, за последние тридцать лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после детского травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Ведущее место по этому показателю в мире занимает Шри-Ланка, но и Россия, к сожалению, также является одной из наиболее неблагополучных в этом отношении стран и занимает четвертое место. Это требует создания отвечающей современным требованиям системы профилактики суицидального поведения детей и подростков, Государственной межведомственной программы предупреждения суицидов, включающей в качестве отдельного блока «Предупреждение суицидов у детей и подростков». Такой блок может быть включен в уже существующие программы охраны здоровья детей и подростков или может быть выделен в самостоятельную программу [16, 18, 48, 102, 119, 129, 170, 267, 273, 290, 327].

Определенную лепту в нарушение психического здоровья детей вносит генеалогический анамнез семей. Существует корреляционная зависимость между хроническим алкоголизмом среди женщин и мужчин и психическими расстройствами детей. Проявляются отчетливые негативные тенденции в состоянии детей и подростков, в частности, выявляется рост распространенности нервно-психических нарушений и заболеваний среди школьников, что снижает уровень гармоничного формирования личности подрастающего поколения и получения ими полноценного образования. Сохранение и укрепление психического здоровья детей и подростков, обеспечение полноценного образования и гармоничного формирования личности подрастающего поколения являются важнейшей медико-социальной проблемой, и охрана психического здоровья детей заслуживает особого внимания. Последствия этого заболевания среди детей, несомненно, сказываются на трудовом, репродуктивном потенциале страны [15, 20, 39, 159, 192, 199, 202, 251].

Высокая заболеваемость психическими расстройствами наблюдается у подростков, когда происходит наложение двух процессов в формировании

личности: интенсивной социализации и активной физиологической перестройки. В результате наступает социопсихобиологический криз [196, 247].

Велика роль психических расстройств в инвалидизации населения. По частоте инвалидизации психические болезни населения стоят на третьем месте после болезней органов дыхания и системы кровообращения. Среди сельских жителей по частоте инвалидизации психические болезни находятся наравне с сердечно-сосудистыми болезнями и травмами [185, 311].

По данным ВОЗ, инвалиды составляют 10% населения земного шара, из них более 100 млн. детей. В России на учете состоит свыше 10 млн. инвалидов. Ежегодно впервые признаются инвалидами свыше 1 млн. человек. Психические расстройства детей обуславливают инвалидность у детей – на 19%. Распространенность психических заболеваний среди детского населения – тревожное явление. Рост количества психических заболеваний у детей опережают аналогичные состояния у взрослых [19, 20, 36]. В мире психическими заболеваниями, приводящими к инвалидизации, страдают около 20% детей. Данный факт существенно снижает качество жизни и возможность получения ими полноценного воспитания [93]. Изучение международного опыта организации психологической и психиатрической помощи в детских учреждениях, несомненно, является положительным моментом [9, 29, 63, 170, 199, 202].

Инвалидность, являясь одним из показателей состояния здоровья населения в целом, характеризует уровень социально-экономического развития общества, качество лечебно-профилактических мероприятий, экологическое состояние территории. Практически инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость социальной защиты [47, 84, 98, 168, 224].

1.2. Психические расстройства и заболевания как индикаторы социального неблагополучия и факторы, способствующие их росту в популяции

Особое место в структуре психических расстройств занимают депрессии и неврозы.

«Депрессия (от лат. *deprimo* «давить», «подавить») — это психическое расстройство, которое характеризуется снижением настроения, утратой способности испытывать радость, нарушением работоспособности, потерей интереса к жизни, к хобби, к общению». С физиологической стороны – чувством постоянной усталости, снижением сексуального влечения. Имеют место головные боли, сбои в пищеварении, работе сердца, нарушение сна, снижение аппетита или напротив, наблюдается переедание». Практически, депрессия — это заболевание всего организма, требующее своевременного и адекватного лечения [21, 99].

Важно отметить, что психическая дезадаптация и расстройства депрессивного спектра в большинстве случаев остаются нераспознанными, не лечатся и становятся причиной многократных обращений к узким специалистам. Наибольший уровень частоты выявления депрессии наблюдается при ишемической болезни сердца и составляет 30–60%. Характерно, что при этом в России закон о психиатрической помощи запрещает не психиатрам ставить психиатрический диагноз. Одной из причин низкой выявляемости психического неблагополучия часто является недостаточная осведомленность врачей территориальных поликлиник в вопросах диагностики и лечения этих состояний. Зарубежный опыт показывает, что астеноневротические, депрессивные расстройства легкой и средней тяжести успешно лечатся врачами общей практики, участковыми врачами, семейными врачами – врачами терапевтических специальностей. По оценкам ВОЗ, депрессия является второй по значимости причиной инвалидности и смертности, уступающей первенство лишь ишемической болезни сердца [44, 123, 125, 165].

«Невроз (невротическое расстройство) – это «общее название группы определенных функциональных психогенных обратимых расстройств,

обусловленных воздействием психотравмирующих факторов (стресс, сильное истощение нервной системы, врожденная склонность к быстрому утомлению, а затем и переутомлению, злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами, наличие сопутствующих неврозам болезней, которые сильно истощают организм, и, в частности, иммунную систему)». Они характеризуются снижением умственной и физической работоспособности, навязчивыми состояниями, истерическими проявлениями и др., критическим отношением к ним, сохранностью сознания болезни, наличием соматических и вегетативных нарушений. Невроз имеет прямую тенденцию к затяжному течению» [32, 108].

Значительное место среди психических расстройств занимают алкоголизм, наркомания и токсикомания. В мире, по данным ВОЗ, «более 150 млн людей, страдающих алкогольной зависимостью и около 400 млн., злоупотребляющих алкоголем» [102, 110].

В России под диспансерным наблюдением по поводу алкогольных психозов находится примерно 1,5% населения. Особое беспокойство на фоне распространенности пьянства и алкоголизма вызывает рост алкоголизации женщин, детей и подростков. По оценкам специалистов, в стране злоупотребляют алкоголем 10–15% населения. Это основная причина предотвратимых случаев смертности от несчастных случаев и травм. «Алкоголизм – причина серьезных проблем со здоровьем – сердечно-сосудистые заболевания, болезни печени, алкогольные психозы. Проблемы, связанные с алкоголизмом, затрагивают не только самих алкоголиков, но и их семьи, окружающих людей, общество. Экономический ущерб от алкоголизма в разных странах варьирует от 0,5 до 2,7% валового национального продукта» [172]. В России «по оценкам же ВОЗ, только сумма прямых затрат от пьянства и снижения производительности труда вследствие употребления алкоголя для страны составляет от 2 до 5% ВВП» [163].

«Глобальной социальной и медицинской проблемой, требующей привлечения всех государственных институтов и общества для ее решения» [171], является наркомания. В рейтинге социальных проблем в России наркомания стоит на третьем месте после преступности и низкого уровня доходов граждан.

Существенной проблемой является рост заболеваний наркоманией женщин. Наркомания в первую очередь поражает молодежную среду. Средний возраст первой пробы наркотиков постоянно снижается, и в настоящее время имеются 7-8-летние наркоманы. Наркомания – это трудноизлечимое заболевание, которое приводит к преждевременной гибели, к тяжелым последствиям не только для самого больного, но и его семьи, и общества [172, 204].

«Для людей с психическими расстройствами характерна преждевременная смертность. Они редко доживают до старости. Риски смертности среди них более высокие, чем у населения в целом и чаще всего связаны с употреблением психоактивных веществ. Значительную часть этих смертей предотвратимы» [61, 62].

Заболевания указанной категории, являясь практически индикаторами неблагополучия, приводят к снижению экономического потенциала страны и представляют реальную угрозу национальной безопасности, что объясняет особое внимание к ним и актуальность проблем, связанных с ними. Сегодня ситуация с распространенностью социально значимых заболеваний весьма серьезная, поскольку принимает характер эпидемии даже в экономически развитых странах, не говоря о развивающихся, представляя, тем самым, угрозу современному обществу. Вместе с тем, по данным ВОЗ, «41% государств не имеет сформированной политики в отношении психических заболеваний, в 25% стран отсутствует законодательство по этому вопросу. Две трети правительств выделяют на психиатрию не более одного процента бюджета здравоохранения» [203].

Учитывая распространенность, сопутствующий рост расходов на оказание специализированной психиатрической помощи, социальную реабилитацию и уход, «проблема психических расстройств весьма актуальна» [181], вызывает глубокую озабоченность и требует принятия соответствующих мер.

Увеличению психических заболеваний взрослого населения способствуют биологические, психологические и социальные факторы. На формирование психических заболеваний большое влияние оказывает семья (конфликты, разводы, семейное насилие), роль которой неизмеримо велика в происхождении

самоубийств, асоциального поведения, психопатии и т.д. Стрессовые ситуации, плохое воспитание, жестокость в быту и в обществе – повышают риск возникновения психических расстройств, а крайняя бедность, войны, вынужденные переселения – усугубляют психические заболевания [60, 86].

В Российской Федерации кроме традиционных факторов риска, влияющих на здоровье и общую смертность, нельзя не учитывать психосоциальные факторы, особенно после ряда социальных и экономических катаклизмов. Это депрессия, тревога и стресс. Известно, «что среди факторов, ассоциированных с общей смертностью, депрессия занимает» второе место, несколько уступая курению [102].

Существует четкий параллелизм между социально-экономическими спадами, катаклизмами и показателями здоровья общества. «В это время многократно усиливаются психоэмоциональные нагрузки людей. Большие группы людей переживают макросоциальные стрессовые состояния. Отмечено, что социальные катаклизмы иначе воздействуют на людей, чем психические травмы личного характера, имеющие преимущественно психосоматическую природу. Массовое воздействие стресса (коллективной травмы) приводит к развитию психической дезадаптации, формированию невротических расстройств – депрессиям, которым сопутствует рост самоубийств. Однако в обществе расстройства адаптации, невротические, тревожные, депрессивные состояния распространены довольно широко – у 10–25% населения» [37], а у пожилых людей «депрессивные состояния обнаружены у 81,2% женщин и 71,4% мужчин» [201].

Отмечается взаимосвязь психопатологических и соматических болезней реципрокного характера. Стресс, стрессиндуцированные состояния, депрессия способствуют развитию некоторых соматических заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, при этом существенно ухудшая прогноз соматической патологии [44, 137]. В то же время соматическое заболевание может вызывать психические расстройства [34, 65, 66].

В этом отношении, например, «весьма существенную проблему представляет сочетание туберкулеза с психическими расстройствами. Эта «проблема проявилась в начале 1990-х годов и сразу приобрела большое значение. С этого времени среди

впервые выявленных больных туберкулезом количество больных с сочетанными психическими формами заболевания увеличилось более чем в два раза. Лечение таких больных осложняется отсутствием преемственности между двумя службами – психиатрической и противотуберкулезной. Кроме того, тяжесть основного заболевания вынуждает их содержать в специализированных лечебных учреждениях или в учреждениях социального обеспечения, лечение обусловлено, в том числе, неадекватностью их поведения в быту. Поэтому столь актуальной является разработка организационно-функциональных моделей лечебно-профилактической помощи такой категории больных» [136]. Необходимость построения междисциплинарного подхода к организации противотуберкулезных мероприятий для контингента лечебных и социальных учреждений для психических больных, в некоторых территориях привела к разработке целевых комплексных программ, которые призваны обеспечивать взаимодействие специалистов психиатрической и фтизиатрической помощи [216].

Значительно увеличивается «частота психических расстройств в период инфекционных заболеваний. Эпидемия новой коронавирусной инфекции в России в 2020 г. оказалась сопряжена с различными факторами, способствующими развитию панической тревоги, возникновению реактивных и/или индуцированных психических расстройств и обострению уже имевшихся» [126]. «Предпринятые государствами меры принудительной изоляции для предупреждения распространения вируса вызвали многочисленные долгосрочные последствия для физического, психического здоровья населения, качества жизни и человеческого потенциала» [208].

Эта проблема характерна для большинства стран мира [308]. Например, во Франции эпидемия COVID-19 сильно повлияла на организацию психиатрической помощи R. Vocher с соавт. отметили создание по меньшей мере 89 палат, специально предназначенных для пациентов с COVID-19, нуждающихся в психиатрической госпитализации, что позволяет осуществлять двойную помощь в области общей медицины и психиатрии. Что касается амбулаторной помощи, то поддержание пациентов с длительным наблюдением было приоритетом [229].

В Дании «существует напряженность между наилучшей возможной психиатрической помощью и усилиями по сокращению распространения SARS-CoV-2» [272].

О сложностях с лечения пациентов с психическими расстройствами, заразившихся коронавирусом, в Китае сообщают ученые Университета Макао [326].

Существуют проблемы и в африканских странах. Для примера клинические наблюдения показывают, что эпидемия COVID-19 усилила дисфункции, наблюдаемые при оказании медицинской психиатрической помощи в Габоне [274].

В последние годы в зарубежной литературе большое внимание уделено проблемам психического здоровья людей, живущих с ВИЧ [271, 291, 320, 324].

1.3. Организация специализированной психиатрической помощи

Важнейшая цель усилий по охране психического здоровья заключается в обеспечении более высокого уровня благополучия и повседневного функционирования психически больных людей, уделяя при этом основное внимание их сильным сторонам и имеющимся ресурсам, повышению их устойчивости к внешним негативным воздействиям и усилению защитных внешних факторов.

Службы охраны психического здоровья являются эффективным средством предоставления психиатрической помощи. Организация служб охраны психического здоровья оказывает огромное влияние на эффективность предоставляемых услуг и, в конечном итоге, на выполнение поставленных задач и достижение соответствующих целей, определенных государственной политикой в области охраны психического здоровья [75, 260].

1.3.1. Концепция профилактики и снижения факторов риска

Во всех странах, в той или иной степени добившихся успехов в борьбе с социально значимыми заболеваниями довлеет концепция профилактики и снижения уровня факторов риска. Различают популяционную стратегию – воздействие на факторы образа жизни и окружающей среды – стратегия, которая реализуется вне системы здравоохранения. «Стратегия высокого риска – выявление и снижение уровня факторов риска у людей с повышенным риском – среднесрочная стратегия» [171], в осуществлении которой главная роль принадлежит системе здравоохранения. Вторичная профилактика – выявление и предупреждение прогрессирования заболевания – краткосрочная стратегия, которая позволяет в короткий срок добиться положительных результатов. Эти три стратегии дополняют друг друга и взаимодействуют для достижения максимального результата, что подтверждается зарубежным и отечественным опытом [123, 135, 157].

Профилактика, своевременное выявление и адекватное лечение – одна из важнейших государственных задач. Актуальность и значимость задач по предупреждению и своевременному лечению этой группы заболеваний неоднократно подчеркивались в директивных документах по развитию здравоохранения. В Федеральном законе РФ от 21.10.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [22] указывается, что одним из путей обеспечения приоритета профилактики в сфере здоровья является осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе по предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними [33, 172, 206, 215].

1.3.2. Информационная система контроля состояния психического здоровья населения

Весьма полезной для раннего выявления и принятия надлежащих мер - создание эффективной информационной системы контроля состояния психического здоровья населения, построенной в едином методологическом и клиническом плане. Такая система обеспечивает полными, объективными, своевременными сведениями о числе лиц, страдающих психическими расстройствами, имеющейся у них симптоматике, характере течения болезни, стойкости ремиссии, используемых методах лечения, объемах и эффективности принимаемых препаратов. Необходимость создания такой системы была обозначена еще в Приказе МЗ РФ от 05.10.1998 г. № 289. С учетом принятого направления на стандартизацию психиатрической помощи, подобный методический подход, предложенный М.К. Андреевым (2009), дает реальную возможность выхода на прогрессивный уровень организации, планирования и финансирования психиатрической помощи [5, 52].

1.3.3. Отечественный опыт реформирования организации оказания психиатрической помощи психически больным

В условиях советского здравоохранения сложились три основные формы в области оказания психиатрической помощи населению, традиционная матрица: стационар-диспансер с промежуточными учреждениями. Стационарная психологическая служба, обеспечивала госпитализацию психически больных. Психоневрологические диспансеры выполняли основные функции внебольничной психиатрической помощи населению. Внедиспансерные службы – работали как по территориальному, так и по профессиональному принципам. «Особенностью этих служб была организация психиатрических, психотерапевтических кабинетов, служб и кабинетов «функциональной неврологии» в территориальных поликлиниках и медико-санитарных частях, создание региональных и

территориальных Центров психического здоровья и Центров пограничных состояний Психиатрические учреждения во времена Советского Союза были четко организованы, имели ясное представление о своей роли в системе оказания помощи психически больным, соответствовали общественным требованиям и развивались независимо от мировых тенденций. Все было нацелено на то, чтобы психический больной не обременял семью и приносил определенную пользу обществу» [4, 72, 134].

С конца 1980-х годов, когда СССР открыл свои границы, началось постепенное формирование внедиспансерных форм работы – психотерапевтических кабинетов, учреждений, занимающихся патологией речи, нейрореабилитацией и прочее [57]. К этому времени относился приказ Министерства здравоохранения СССР от 21.03.1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». Приказом было положено начало развитию нового направления в организации психиатрической помощи населению: уделялось внимание достойному обращению с больными в психиатрических учреждениях, расширению связей с внешним миром. Однако это был пока только первый шаг к реформе, когда еще не были обозначены новые принципы построения психиатрической помощи.

Новые организационные формы постепенно организационно и методически совершенствовались, видоизменялись и дополнялись новыми структурно-функциональными частями, особенно после выхода Закона РФ от 02.07.1992 № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [22].

Закон ознаменовал следующий шаг в направлении реформирования психиатрической помощи в РФ. «Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности; учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку; отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб

здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства; принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина, настоящий Федеральный закон устанавливал правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации» [31, 40, 42, 184].

Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 был утвержден перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 № 280 утверждена федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». В том числе подпрограмма «Психические расстройства» – развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах.

Задачи подпрограммы – «совершенствование методов профилактики психических расстройств, разработка и реализация консультативной помощи, обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов; совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение бригадных форм работы в условиях психиатрического стационара, дневного стационара, психоневрологического диспансера и реабилитационного общежития; внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации; строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием» [13].

В стране число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, было весьма незначительным. Это влекло за собой недостаточное использование в психиатрической практике методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. В свою очередь, это

объясняло частые госпитализации и длительное лечение пациентов в психиатрических стационарах. Поэтому в Подпрограмме было уделено внимание необходимости разработки и внедрения бригадных форм оказания психиатрической помощи в условиях психиатрических стационаров, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров, оказании помощи на дому, а также совершенствование методов профилактики психических расстройств, в том числе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи [156].

В субъектах Российской Федерации «реализация подпрограммы осуществлялась за счет проведения комплекса мероприятий, направленных на снижение количества граждан, страдающих психическими заболеваниями, совершенствование методов профилактики и ранней диагностики этих заболеваний, обеспечение качества лечения и реабилитации. Социальный эффект от реализации мероприятий подпрограммы выражался в улучшении качества и увеличении продолжительности жизни, сохранении трудового потенциала, формировании здорового образа жизни, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие устранения угрозы распространения психических заболеваний». В соответствии с этим строилась региональная система наблюдения за состоянием психического здоровья населения и организация помощи психически больным людям [7, 11, 36, 90, 152, 215].

Проблема оказания своевременной и адекватной медицинской психиатрической помощи всё больше волнует людей. В связи с повсеместным ростом стрессогенных воздействий, всеобщей урбанизацией, нарушениями режима сна и питания, употреблением алкоголя и психоактивных веществ, возрастанием количества поведенческих расстройств и аномалий когнитивных функций (например, нейродегенеративных отклонений, расстройств аутистического спектра) и увеличением нагрузки на стационарные отделения системы здравоохранения данная проблема поднимается всё чаще и чаще [1, 3]. Кроме того, в последние годы отмечается тенденция к увеличению, как частоты встречаемости психических нарушений, так и скорости их распространения. При этом в последние

20 лет наблюдается смещение распространенности подобных аномалий в более молодые возрастные контингенты населения. Так, согласно данным ВОЗ, в мире частота встречаемости психических расстройств стабильно возрастает на 1 млн. в год по всему земному шару [221].

Как правило, при различных психических отклонениях возникает целый каскад нарушений, характеризующийся нарушениями кратковременной и долговременной памяти, асоциальностью, неадекватным социальным поведением, поражением когнитивных процессов, утратой способности логически мыслить и решать проблемы. Известно, что подобные психические аномалии обусловлены большим количеством предпосылок: ухудшением активности практически всех важнейших нейротрансмиттерных систем (дофаминергической, серотонинергической, ГАМКергической), увеличением индукции провоспалительных цитокинов и развитием нейровоспалительной реакции, увеличением уровня свободных радикалов и появлением органических поражений головного мозга.

Нельзя забывать и о важности социального аспекта, так как на определённом этапе развития психического заболевания у пациента снижается способность к самообслуживанию, утрачивается ясность суждений, возникают когнитивные нарушения, появляются бредовые идеи различного характера. Таким образом, общество теряет сразу двух человек – пациента и того, кто за ним ухаживает. Следует отметить: даже если пациент изначально понимает границу между реальностью и галлюцинациями, то при прогрессировании болезни эта грань часто стирается [193].

Поэтому в настоящее время все более очевидным становится необходимость комплексного решения данного вопроса: исследование не только предпосылок и механизмов, возникающих при определённой аномалии, но изыскание и изучение способов их психосоциальной коррекции для возвращения пациентов к прежнему уровню активности. При этом, принимая во внимание, что период реконвалесценции когнитивных функций представляет собой длительный и

нередко пожизненный процесс, необходимо проводить лечебные мероприятия даже после коррекции острого периода, вне стационарных условий.

Так, в настоящее время тенденции в психиатрии обуславливаются появлением биопсихосоциального представления касательно этиологии и патогенеза психических аномалий. Подобный вариант представляет собой объединение широкого спектра факторов: биологических, психологических и социальных. При этом следует понимать, что в разных странах существуют различные взгляды и подходы к оказанию внебольничной психиатрической помощи, которые определяются её историческими, культурными, географическими и политическими особенностями [26, 27, 121].

1.3.4. Зарубежный опыт реформирования организации оказания психиатрической помощи психически больным

Согласно данным популяционных исследований, значительная доля людей с психическими расстройствами не получает медицинской помощи [233, 292]. Даже в развитых странах лечение не проводится в 36–50% серьезных случаев, в то время как в развивающихся странах ситуация значительно хуже: 76–86% случаев остаются без лечения [255].

Из доступных публикаций известно, что организационная система оказания психиатрической помощи населению за рубежом, начиная со второй половины минувшего столетия, претерпела существенное «реформирование, направленное на демократизацию психиатрической помощи, обеспечение» [181] доступности и приближение к населению, интеграцию отдельных форм психиатрической помощи в учреждения первичной медицинской сети – в территориальные поликлиники [318, 319, 323].

Поэтому целью данного этапа работы явилось изучение и сравнение моделей оказания внебольничной психиатрической помощи в разных странах [130]. Процесс реформирования психиатрической помощи почти во всех экономически развитых странах западной Европы и Северной Америки начался значительно

раньше России [197]. Реформа психиатрической помощи здесь заключалась в «деинституционализации - сложном комплексе организационных мероприятий, направленных на улучшение качества оказания психиатрической помощи. В первую очередь, это было сокращение психиатрических коек» [179] и больниц, но с одновременным переходом на различные формы внебольничной помощи психически больным. Смысл этого процесса заключался в освобождении пациентов от госпитализма, в предотвращении ущемления их прав и отрыва от общества, с тем, чтобы иметь определенные экономические преференции для общества [51, 59].

Европейская декларация по охране психического здоровья ВОЗ признает, «что психическое здоровье и психическое благополучие – это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, местных сообществ и народов в целом, так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную и значимую и являться активными и созидательными членами общества» [73].

Верховный комиссар ООН по правам человека «рекомендует ряд изменений в политике, которые будут способствовать всестороннему осуществлению прав человека пользователям услуг в области охраны психического здоровья, лицам с психическими расстройствами и лицам с психосоциальными отклонениями, таких как систематическая интеграция аспектов прав человека в политику и признание индивидуальной автономности, дееспособности и достоинства. Такие изменения охватывают меры по повышению качества услуг в области психического здоровья, по прекращению практики принудительного лечения и институционализации, а также по созданию правовых и политических условий, благоприятных для осуществления прав человека лиц с психическими расстройствами и психосоциальными отклонениями» [68].

В специальном докладе на 35-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН уделяется «особое внимание праву каждого человека на психическое здоровье и на ряд ключевых проблем и возможностей, настоятельно призывая к тому, чтобы меры по поощрению психического здоровья рассматривались для лиц всех

возрастов и в любых условиях». Докладчик «рекомендует отойти от концепции, основанной на систематических нарушениях прав человека в психиатрических учреждениях, которые слишком часто совершаются в отношении лиц, страдающих интеллектуальными, когнитивными и психологическими расстройствами» [69].

«Процесс деинституционализации в этих странах проходил в основном по двум направлениям: 1) интеграция с общей медициной и 2) развитие общественно ориентированной психиатрии. Интеграция с общей медициной означала, что традиционные психиатрические койки вписывались в структуру больниц общего профиля или прикреплялись к ним. Число психиатрических коек при этом постоянно сокращалось практически во всех странах, за исключением Германии и Нидерландов» [92, 111, 112, 138, 293, 294, 295].

«Восточно-европейские страны вступили на путь реформ психиатрических служб с деинституционализацией значительно позже и в настоящее время находятся на другой стадии их развития. Что касается иных регионов, то, например, имеются сообщения о развитии общественно ориентированной психиатрии в Австралии. Психически больные после закрытия больниц помещаются в сообщества – 20-местные резиденции с обслуживанием мультидисциплинарными бригадами специалистов. По наблюдениям, их уровень психотических расстройств изменяется сравнительно незначительно, но при этом они имеют менее ограничительные и не столь регламентированные условия жизни, как прежде, качество жизни повышено» [315]. «В Японии действует модель деинституционализации с переводом больных из больниц в резиденциальные учреждения» [284]. «На Тайване сравнительно эффективно действуют две модели помощи: традиционной и вновь созданной сети. Последняя включает отделения в больнице общего профиля, в том числе для длительного пребывания, несколько внебольничных клиник и мультиальтернативные программы в сообществе. В новой системе много преимуществ: выше качество жизни пациентов, больные реже поступают в стационар и время пребывания там короче, улучшилось их психическое и соматическое состояние, помощь стала более всеобъемлющей, меньше нагрузка на семью» [316].

«В 1978 г. в Италии был принят один из наиболее радикальных законов, направленных на коммунально-ориентированную модель помощи [236], которая предусматривала закрытие государственных психиатрических больниц, активное развитие районных центров психического здоровья, которые должны были обеспечить лечение больных в амбулаторных условиях, широкое развертывание небольших психиатрических отделений в соматических больницах. Ключевым вопросом реформы стало обеспечение пациентов местами в системе «защищенного жилья» [310]. В 1999 г. была закрыта последняя психиатрическая больница, в результате чего в Италии выросло поколение психиатров, которые никогда не работали в психиатрическом стационаре» [35].

«С конца 60-х годов основным направлением развития психиатрической помощи во Франции стала секторизация, представленная психиатрической больницей (примерно на 300 коек), амбулаторной службой и патронажем. За больницами было закреплено определенное количество территориального «защищенного жилья», амбулаторная психиатрическая помощь оказывалась полипрофессиональными бригадами в дневных стационарах, системой патронажа с оплатой содержания психически больных в семьях. По замечанию отдельных авторов [297], секторальная система психиатрической помощи отличается ригидностью, ведущей к хронизации некоторых контингентов больных» [220].

«Реформа службы в Германии включала сокращение числа психиатрических коек с сокращением сроков стационарного лечения, развитие внебольничных центров психического здоровья, сети дневных стационаров, перевод хронически больных в дома резиденциального типа и общежития, организацию психиатрических отделений в соматических больницах [225]. После объединения ФРГ и ГДР система психиатрической помощи в Германии на первых порах страдала от сокращения финансирования служб» [220]. В настоящее время в Германии «установлено, что совместные цели и концептуально сопоставимые модели финансирования имеют важное значение для сотрудничества между службами охраны психического здоровья и социальной интеграции» [305, 307].

Большинство стран Европы, как правило, проходили своеобразный этап полного реформирования оказания данного типа помощи, главная особенность которого заключается в деинституализации и закрытии или сокращении крупных психиатрических больниц и создании нового звена – общественно ориентированной психиатрии [321].

При функционировании подобной модели в большинстве случаев гораздо реже наблюдаются рецидивы заболевания, случаи госпитализации в стационар при обострении психической аномалии, а также повышается качество жизни пациентов. Подобный подход позволил как разгрузить систему здравоохранения, передавая в стационар только самые тяжёлые и запущенные случаи, так и улучшить социальный аспект заболевания – уменьшилась нагрузка на семью и ближайшее окружение пациента.

В данной концепции выделяется Италия, где после глобального закрытия психиатрических больниц в 1978 году можно обнаружить нарушение баланса обращения между психиатрическими пациентами и психическими больными, совершившими уголовно наказуемое и опасное деяние. Закрытие стационарных отделений повлекло за собой создание учреждений, входящих в национальную систему здравоохранения, - домов для постоянного проживания с режимом безопасности (REMS) [6]. На данный момент в Италии создано более 30 подобных учреждений различной вместимости (от 2 до 40 резидентов), при этом только 24 из них являются государственными.

Штат сотрудников подобных учреждений представлен двумя психиатрами, одним психологом, тремя специалистами по психической реабилитации, шестью – в области общественного здоровья, двенадцатью медицинскими сестрами, одним социальным работником и администратором.

Важным отличием модели подобного типа стало добровольное лечение резидентов и отказ от лечения в любое время. Однако, при наличии острого психического расстройства предусмотрена обязательная госпитализация в стационар независимо от наличия возможности оказания помощи внебольнично или отказа пациента от лечения. Данный момент является важным шагом к

уточнению показаний для госпитализации в соответствии с тяжестью психического состояния пациента и позволяет «разгрузить» стационарное отделение.

Психиатрические службы Италии, как и многих стран Европы, с целью оказания медицинской помощи таким пациентам развивают внебольничные формы, наиболее распространёнными из которых являются интенсивное (или же асертивное) лечение в сообществе и обязательное амбулаторное лечение. Последняя модель используется для пациентов общей психиатрической практики, а также для лиц, совершивших общественно опасные деяния.

Форма интенсивного лечения в обществе представляет собой не что иное, как активное и длительное сопровождение и лечение, на практике используемое для лиц с тяжёлыми расстройствами психики, сочетающимися со сложностями в различных аспектах человеческой жизни. Суть методики заключается в оказании помощи на дому, как правило, пациентам в возрасте от 18 до 65 лет, у которых наблюдается широкий спектр психиатрических и иных проблем. Данный тип помощи осуществляется специально обученными мультидисциплинарными бригадами, которые в обязательном порядке включают врачей-психиатров, медицинских сестёр, психологов, социальных работников, что позволяет проводить как медикаментозное лечение различными лекарственными препаратами, так и осуществлять психосоциальное воздействие. Важными особенностями подобного варианта оказания помощи являются: интенсивное наблюдение, даже в том случае, если пациенты не проявляют желания сотрудничать, а также обеспечение доступности 24/7. Следует отметить, что степень квалификации специалистов и их профессионализм при оказании подобного типа помощи является основополагающим аспектом. В отличие от стационарного подхода – здесь с пациентом работа идёт более ограниченный период времени, за который необходимо не только провести все необходимые терапевтические манипуляции, но и чётко оценить интенсивность прогрессирования заболевания с целью исключения возможных рецидивов на этапе коррекции [38].

Нужно отметить, что, несмотря на имеющиеся положительные моменты в данной модели, её результаты не всегда оцениваются специалистами как однозначно успешные. Так, имеются научные публикации, согласно которым, несмотря на тот факт, что интенсивная внебольничная помощь действительно способна сократить число госпитализаций, является более удобным и оптимальным вариантом как для самого пациента, так и для системы здравоохранения государства в целом, в долгосрочном периоде наблюдается тенденция к увеличению рецидивов и острых состояний.

Несколько отличается модель, используемая в настоящее время в Англии. Она основывается на практике метода «индивидуального ведения случая» и заключается в проведении ряда мультиаспектных мероприятий: групповой и семейной терапии, тренинга социальных навыков и способов независимого проживания, развитии общения, самоуважения и уверенного поведения, что достигается благодаря психокоррекционной работе. Как правило, основная программа работы включает в себя работу с психологом и/или психотерапевтом в виде индивидуальных или групповых занятий, медикаментозную терапию и дидактические тренировки на соответствующих тренажерах под наблюдением медицинского персонала. Кроме того, большое внимание уделяется организации досуга больных и налаживанию активного взаимодействия с учреждениями и организациями вне психиатрических служб: взаимодействие с социальной службой, службой занятости и со средствами массовой информации [210].

Следует отметить, что в обеих моделях большое внимание имеет индивидуальный, личностный подход к состоянию каждого пациента: при коррекции психических нарушений специалист должен знать каждую спираль, каждой ДНК в каждом типе деятельности пациента – в его работе, личной жизни, общей активности и типе нервной системы. Особое внимание уделяется изучению сопутствующих заболеваний, в особенности тех, что накладывают серьёзные ограничения на образ жизни человека. К таким нарушениям можно отнести ряд системных патологий: сахарный диабет, аномалии сердечно-сосудистой системы,

психические расстройства и зависимости. Именно для выявления коморбидных заболеваний проводится детальный расспрос и осмотр пациента.

Следует отметить, что в Английской модели, после купирования острого приступа основная часть внебольничной помощи оказывается психологами. В задачу специалиста, как правило, входит коррекция нарушений самого разного характера: от нарушений речи (афазии, дислексии) и до восстановления утраченных когнитивных функций и процессов памяти.

Далее, при поступлении пациента к психологу проводится оценка тяжести его состояния с учетом данных, полученных при проведении исследований в стационаре. Так, для первичной экспресс-оценки когнитивных функций пациента целесообразно применение опросника MMSE (Mini Mental State Examination), шкалы деменции Матиса, батареи тестов для оценки лобных дисфункций, FAB (Frontal Assessment Battery), и шкалы глобального клинического снижения (Global Deterioration Scale - GDS) [166]. При этом большую роль играет личная заинтересованность пациента в выздоровлении и сохранение его доверия и активности. Для этого, во избежание переутомления пациента и искажения результатов, необходимо проводить диагностику в кратчайшие временные промежутки (не более 30 минут в день).

При построении дальнейшей программы по восстановлению и корректровке восстановления психических функций необходимо придерживаться ряда базовых принципов: постепенное усложнение задач, положительное подкрепление, вне зависимости от результата, а также подкрепление мотивации и коррекции функций, как при индивидуальной, так и при групповой форме работы. Обязательным и важным аспектом в обеих моделях является аспект понимания длительности и сложности процесса реконвалесценции когнитивных функций, потому специалист должен суметь донести до пациента и его окружения необходимость ежедневного лечения. При этом согласно литературным данным, в Английском варианте не меньшее значение уделяется безопасности самого специалиста: обнаружено большое количество данных, рекомендующих мягко и

тактично объяснять пациенту тяжесть его состояния во избежание непонимания и отказа от лечения.

При этом важными критериями эффективности программы будут являться не только улучшения когнитивных процессов и памяти, но и субъективные положительные ощущения пациента в случае успеха.

В соответствии с имеющейся у пациента симптоматикой когнитивных и поведенческих аномалий рекомендуется проводить комплекс мероприятий, направленный на их устранение:

1) Проведение индивидуальных занятий не менее 3 раз в неделю по 40 минут, основной акцент которых делается на арт-терапию для восстановления идеомоторного праксиса, усиления концентрации, восстановления ориентировки во времени и пространстве, корректировки речевых навыков. Арт-терапия может рассматриваться также в качестве начального этапа социализации пациента.

2) Проведение групповых занятий для пациентов со схожими расстройствами. В данном этапе важным аспектом является формирование у больного ответственности за своё здоровье, понимание предпосылок к обострению своего состояния и контроль остаточной симптоматики. Помимо этого, групповая работа является первым шагом к снятию асоциальности и снятию психоэмоционального напряжения.

3) Работа с дидактическими тренажерами в соответствии с нейропсихологическими данными пациента под присмотром медицинского персонала. Суть тренировки заключается в восстановлении навыков самообслуживания и работе на тренажерах разной направленности:

А) Восстановление конструктивного праксиса, предметного гнозиса – складывание мозаики, конструктора;

Б) Восстановление оптико-пространственных функций – техника оригами, макраме, лепка, работа с ножницами;

В) Восстановление счётных навыков, логического мышления и укрепление внимания через игры – лото, домино;

Г) Восстановление зрительной памяти – сложение кубиков, архитектурное лото;

Д) Восстановление мелкой моторики – нанизывание бус, вышивание;

Е) Восстановление бытовых навыков – работа с домашней утварью, столовыми приборами, деталями одежды.

Несмотря на то, что психокоррекционная работа в стационарных условиях достаточно эффективна, пациенту необходимо обеспечить оттачивание его социальных навыков, что предполагает его общение с семьёй, коллегами и окружением. Именно поэтому специалист должен доступно объяснить важность продолжения дальнейшего курса лечения в домашних условиях. При этом важной деталью в работе с людьми, опекающими больного, будет являться аспект предоставления пациенту постепенно увеличивающейся свободы и принятие роли не надзирателя, а советника. Так, рекомендуется стимулировать пациента по мере его сил на самообслуживание, ведение с ним ежедневных бесед и предоставление ему выбора в принятии простых решений [12, 77, 81].

Таким образом, разработка новых способов и организационных форм оказания психиатрической внебольничной помощи практически при любом типе расстройства должна основываться на комплексном индивидуальном подходе к конкретной личности и представлять собой совокупность усилий специалистов по корригированию негативной симптоматики аномалий. Особое внимание следует обратить внимание на социальное восстановление, работу с семьей, социально-трудовое восстановление и инструментальную поддержку.

Исходя из опыта организации работы внебольничных структур в разных странах, следует учитывать аспект подбора и обучения квалифицированного медицинского персонала, что является залогом успеха всего процесса оказания помощи в целом.

«Нужно понимать, что внебольничные альтернативы вряд ли когда-либо полностью заменят психиатрические больницы: некоторые пациенты могут отказываться от лечения или могут быть опасны для себя и окружающих. Внебольничные альтернативы могут предлагать либо сопоставимое со

стационарным лечение, но в альтернативных условиях, либо совершенно отличную помощь от психиатрических больниц» [268]. Модель Англии позволяет практически полностью минимизировать субъективное негативное восприятие пациента и направлено в большей степени на нивелирование его психологических нарушений, восстановление когнитивных функций и социализацию, однако требует, как от пациента, так и от его окружения полного следования указаниям врача, что может быть потенциально проблематично. Данный аспект несколько нивелирован в итальянском варианте, однако, несмотря на более разносторонний спектр работающих с пациентом специалистов, не может в полной мере исключить вероятность острого нарушения. Именно поэтому важным моментом обеих моделей оказания внебольничной психиатрической помощи является аспект дополнения работы стационарных учреждений, работа «в связке» и комплексный подход к лечению психических аномалий [266].

«Одним из направлений интеграции с общей медициной является переход к оказанию психиатрической помощи в местах расположения других медицинских учреждений, и в частности, стационарной – в психиатрических отделениях обычных соматических больниц, что считается важным для преодоления стигмы психических расстройств. В одних странах (например, скандинавских) это было осуществлено наиболее полно, в других частично» [263]. В публикациях утверждается важность и польза данного направления, несмотря на определенные проблемы, связанные в основном с излишней фрагментарностью и сложностью системы [256, 257, 261, 322].

«Среди факторов, способствующих замене модели психиатрической помощи на общественно ориентированную, были следующие:

– негативное влияние на лиц с психическими расстройствами длительного пребывания в институциональных условиях (социальная депривация);

– необходимость организации помощи с учетом многообразия индивидуальных потребностей пациентов и общественной поддержки, интеграции и соучастия в обществе;

- необходимость привлечения к помощи ресурсов сообщества, особенно на стадии социального восстановления лиц с психическими расстройствами;
- растущие запросы пациентов к возможности выбора и контроля, гарантирование их независимого проживания в обществе;
- то обстоятельство, что с институциональной помощью зачастую связаны нарушения международно принятых стандартов прав человека» [67, 245].

«Деинституциализация характеризуется сведением к минимуму числа психиатрических стационаров с круглосуточным пребыванием больных, кратковременной (2–3 недели) госпитализацией в случае необходимости, закрытием стационаров для длительной госпитализации и выведением из них больных в условия независимого или возможно более независимого существования в учреждениях резиденциального проживания с разной степенью активности медицинской и социальной или только социальной помощи, либо непосредственно в общество при развитии полустационарных и многообразных бригадных дневных медицинских, реабилитационных и социально-реабилитационных программ, агентств, общественных организаций пациентов и их семей для оказания помощи в сообществе, в том числе на дому» [85, 245].

Структурно общественно ориентированная помощь состоит из множества служб, программ. «Большой диапазон форм психиатрической помощи ориентирован не только на выявление, диагностику, лечение и реабилитацию традиционных контингентов психически больных, но отвечает также широкому кругу задач охраны психического здоровья. Вместе с тем, такая сложность структуры помощи, излишнее ее дробление, дисперсный характер может оборачиваться потерей цельности клинического подхода к ведению пациента, а также потерями с усугублением нагрузки на семью» [245]. Тем не менее, в результате ряда исследований делается вывод: «общественно ориентированная психиатрия является более эффективной формой организации психиатрической помощи по сравнению с госпитальной психиатрией» [183, 288, 289, 300]. «В докладе Всемирной организации здравоохранения (2001) содержатся рекомендации развивать различные формы общественно ориентированной

психиатрии (community mental health care – CMHC). Этим термином, однако, охватываются разные подходы (широкий спектр) к организации психиатрической помощи: 1) активное лечение в сообществе; 2) ведение случая; 3) патронаж психически больных; 4) сестринская помощь в сообществе; 5) лечение в дневных стационарах; 6) резиденциальные учреждения, хотя они не исчерпывают всех имеющихся форм» [232, 245, 309].

В ряде публикаций содержится экономическая оценка этих подходов, иногда в сравнении. Так, «в ходе реализации программы активное лечение в сообществе (Assertive Community Treatment – АСТ) часто достигаются более высокие результаты на фоне снижения затрат по сравнению со стационарным и амбулаторным лечением. Имеются данные, что программы АСТ менее затратные по сравнению с программой, использующей метод ведения случая (case management). Данные, касающиеся эффективности программы с сестринским обслуживанием в сообществе (community psychiatric nurses – CPN) свидетельствуют о том, что лечение в рамках CPN эффективно в равной степени, что и лечение врачами общей практики, но в то же время оно менее дорогое, чем стационарное лечение. В целом CMHC представляет собой более эффективную систему, чем стационарное лечение» [244].

Выведение больных в резиденциальные учреждения играет особую «ключевую» роль в системе общественно ориентированной психиатрической помощи. Число мест в различных резиденциальных учреждениях западноевропейских стран достаточно велико и имеет тенденцию к увеличению [265, 295]. «Существуют различные формы резиденциального ухода и жилья с супервизией и поддержкой, которые различаются в диапазоне от традиционных домов сестринского ухода до поддержки, предоставляемой в обычных квартирах в сообществе. Это могут быть квартиры в клубном доме, групповые дома с круглосуточным персоналом, патронажные дома, дома индивидуальной помощи» [238, 262, 287, 301]. Как правило, незначительное число резидентов готовы перейти на самостоятельное независимое проживание [236], хотя это не является свидетельством отсутствия негативных сторон резидентного проживания [54]. По

наблюдениям авторов многих публикаций следует, что из междисциплинарного бригадного оказания психиатрической помощи начинает выпадать медицинский и медико-реабилитационный контекст. Много в этом случае зависит от выбора методов общественно ориентированной психиатрии (СМНС), о которых речь шла выше [99, 100, 222, 258, 300].

Несомненно, важная роль в оказании современной психиатрической помощи отводится «острым» дневным стационарам (*acute day hospital*). В публикациях дневной стационар рассматривается как «наиболее приемлемая форма психиатрической помощи тяжелым психически больным с острыми психотическими состояниями в сравнении с госпитализацией и внебольничным обслуживанием. Длительность пребывания в больнице и дневном стационаре в большинстве случаев не различалась, но в дневном стационаре быстрее наступало улучшение психического состояния, а стоимость лечения оказывалась на 20–30% дешевле. Дневной стационар может рассматриваться как альтернатива амбулаторного обслуживания.

Дневные программы лечения – для больных с депрессией и тревогой, которым не помогло внебольничное лечение. Центры дневного обслуживания – для больных с тяжелыми и длительными состояниями. Опыт показал, что программы дневного лечения по улучшению психотических симптомов превосходили внебольничную помощь, в остальном по эффективности различий не было» [242, 275].

Немецкие ученые «показали, что интенсивные амбулаторные модели психиатрической помощи, адаптированной к потребностям, сокращают продолжительность пребывания в стационаре и улучшают удержание в уходе за людьми с тяжелыми психическими заболеваниями» [325].

Канадский объединенный проект по охране психического здоровья «представляет собой широкий диапазон моделей, при которых пациенты, их семьи и работники, осуществляющие уход, совместно с врачами различных учреждений первичного звена и психиатрических учреждений – каждый со своим опытом, подготовкой, знаниями и умением - работают вместе в интересах сохранения

психического здоровья и обеспечивают более координированную и эффективную помощь пациентам, имеющим психические нарушения. Концептуальная основа была разработана с использованием данных от предыдущих исследований и анализа существующих объединенных проектов по охране психического здоровья» [71].

Кроме того, в ряде зарубежных стран применяется телепсихиатрия. Наибольшее число телепсихиатрических проектов реализовано в США, однако имеются сообщения из Бразилии, Германии, Италии, Канады, Норвегии, Японии и других стран. По данным научного архива, в ходе реализованных за несколько десятилетий проектов в области телепсихиатрии, решался широкий спектр клинических, образовательных, организационных задач [87, 241, 302].

В Германии применяются инновационные методы диагностики и психотерапии для оказания поддержки пациентам, имеющих психические расстройства. Представлены результаты тестирования психического здоровья с использованием мобильных приложений «ViporLife» и «Deprexis», позволяющих не только выявлять изменения психологического состояния пациентов на ранних стадиях, с последующей передачей актуальных данных лечащему врачу, но помогающих пациентам воздействовать на свое текущее состояние, тем самым обретая чувство контроля над своим заболеванием [211, 227].

Датские ученые рекомендуют более широкое применение в психиатрии фармакогенетики, ограниченное применение которой в психиатрии обусловлено рядом факторов, например, сложностью метаболизма психотропных препаратов, что, возможно, препятствует клиническому пониманию преимуществ фармакогенетики [269, 270]. К этому же призывает группа ученых из Канады, Австрии, Германии, Австралии, США, Франции [230].

1.4. Реформирование психиатрической помощи в России

«Признаки завершения эры сокращения коек в рамках деинституализации во втором десятилетии текущего столетия прослеживаются в России. Практически

сокращение коечного фонда началось с 1990 г. Число психиатрических коек с тех пор сократилось на четверть, снизилась и обеспеченность населения психиатрическими койками» [56]. При этом не удалось избежать некоторых перегибов. В публикациях отмечается, что сокращение коечного фонда на фоне закрытия преимущественно небольших стационаров, происходило с одновременным сокращением коек в дневных стационарах, закрытием психиатрических и психотерапевтических кабинетов, что, естественно, «сказывалось на снижении доступности психиатрической помощи, на первичном выявлении больных, в том числе с психозами, шизофренией и т.д. Поэтому стала актуальной задача сохранения и восстановления ресурсов психиатрической помощи, в первую очередь, за счет амбулаторных форм и методов» [45, 245].

В прошлом, на определенном этапе развития, психиатрическая помощь «базировалась на организации крупных больниц-изолятов для лиц с психиатрическими нарушениями. Подобные больницы, как правило, удаленные от других медицинских учреждений, с большим радиусом обслуживания, оказались в противоречии с современными принципами психиатрии – приближение психиатрической сети к населению звеньев амбулаторной и полустационарной помощи, а теперь и помощи непосредственно в сообществе. В последнее время отмечается все большее межпрофессиональное взаимодействие в области клинических проблем с сердечно-сосудистой патологией и другими разделами медицины, неврологией» [56, 95, 101, 187].

«Однако переход от обособленных психиатрических учреждений к территориально объединенным с учреждениями общей медицины, к психиатрическим отделениям в многопрофильных больницах в нашей стране, как это осуществляется в других странах, затруднен не только в связи с традициями и спецификой психиатрии, но и представляет в настоящее время серьезную экономическую проблему» [245].

«Вместе с тем, объединение психиатрической помощи территориально с общемедицинской в России наблюдается в сельской местности, где психиатрические кабинеты чаще всего располагаются при центральных районных

больницах. В некоторых регионах в структуре этих больниц существуют также стационарные психиатрические отделения, важная роль которых уже были доказаны [58], хотя, к сожалению, тенденции к дальнейшему развитию таких отделений в настоящее время нет. Кроме того, в многопрофильных стационарах имеются соматопсихиатрические отделения для лечения лиц с психическими и соматическими расстройствами. Потребность в таких профилированных койках постоянно сохранялась, однако и их коснулось сокращение» [245].

«Еще один аспект объединения с общей медициной – детские психиатрические кабинеты. Территориально обычно они расположены в структуре детских поликлиник, хотя стационарная помощь детям оказывается в рамках психиатрических больниц» [56].

«Интегративные процессы с общей медициной осуществляются и в звеньях раздела психиатрической помощи, который обычно обозначается как внедиспансерный: в рамках суицидологической службы (в том числе кризисные стационары в общесоматических больницах, в системе помощи при патологии речи и нейрореабилитации, сексологии и пр.» [94].

«Новой стала организация психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках. Их число быстро выросло и стало заметной сетью в системе психиатрической службы; относительное сокращение их количества в последнее время входит в общее число потерь психиатрической службы за этот период и скорее является временным явлением. Они выполняют важную роль взаимодействия психиатров со специалистами первичной медицинской сети по выявлению, диагностике и лечению четко очерченного контингента больных, обращающихся к различным специалистам поликлиник с наличием у них в клинической картине неглубоких депрессий и психосоматических расстройств. В ряде регионов проводится научно-практическая работа и внедрение в практику модели совместного ведения этих больных» [64, 101].

«Если сравнивать с зарубежным опытом, то такой подход существенно отличается от передачи психиатрической помощи (врачам общего профиля) оказания помощи значительной части психически больных» [245].

Ряд авторов считает, «что сближение психиатрии с общей медициной будет происходить и дальше с учетом особенностей, о которых речь шла выше. Заслуживают внимания укрепление и развитие психиатрических звеньев на муниципальном уровне» [56].

«Признание Минздравсоцразвития новых разработанных форм психиатрической помощи (издание Методических рекомендаций и включение их в «Порядок оказания психиатрической помощи», 2018) практически означает, что впервые участковый психиатр получает альтернативу выбора кроме госпитализации. Эта необходимость «промежуточных» подразделений, помимо госпитализации, ощущалась всегда» [245].

«Особое место продолжают занимать расширяющиеся в числе и количестве мест в них дневные стационары, которые практически становятся центрами психофармакотерапии в диспансерах, концентрируя у себя подбор и проведение фармакотерапии при подострых психотических состояниях и частично обострениях амбулаторного уровня. Дневные стационары берут на себя обслуживание все большей части ранее госпитализированных больных» [56, 181].

Сравнение госпитализаций пациентов с шизофренией в круглосуточный и дневной стационары показало, что проходящие лечение в дневном стационаре, «более способны адекватно работать и функционировать». Они также с большей вероятностью будут получать психиатрическое лечение на ранних стадиях своего заболевания. Кроме того, получавшие лечение в условиях дневного стационара, реже госпитализировались из-за своего заболевания (меньше острых эпизодов), чем стационарные пациенты, вследствие чего у них были более длительные периоды ремиссии [228].

Исследователи приводят такие данные: «до 38% пациентов зарубежных больниц могут лечиться в дневных стационарах» [277], в России – до 49% [70].

«Существуют большие региональные различия в развитии дневных стационаров, что свидетельствует о недостаточном использовании возможностей этого вида психиатрической помощи, без отрыва пациентов от привычной социальной среды» [56].

«Затраты на развитие дневных стационаров и введение новых должностей немедицинских специалистов не сопоставимы с сокращением ресурсов психиатрической помощи, связанным с масштабным сокращением числа психиатрических коек. Это также свидетельствует в пользу дневных стационаров, поскольку сокращение психиатрических коек – это значительное уменьшение и без того недостаточных ресурсов психиатрической помощи, которое в соответствии с международно принятыми правилами должно сопровождаться одновременным развитием форм помощи во внебольничных условиях» [245].

«С 1995 г. преимущественно медицинская модель оказания психиатрической помощи начала заменяться биопсихосоциальной моделью с возможностью полипрофессионального бригадного подхода к ее оказанию и привлечением к этому значительного числа психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Однако и по сей день укомплектованность штатных возможностей этими специалистами не достаточная во многих территориях и не позволяет в необходимом объеме проводить психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию» [56, 175, 200, 205].

«В некоторых региональных психиатрических службах отсутствуют медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники. Из этого следует, что укомплектование штатов указанными специалистами является важной задачей, решение которой позволит быстрее перейти к полипрофессиональному, биопсихосоциальному подходу к оказанию психиатрической помощи и к дальнейшему развитию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации» [56, 175].

Фактически в нашей стране наблюдается неразвитость системы резиденциальных учреждений. В определенном смысле аналогом в России являются психоневрологические интернаты в рамках системы социального обеспечения, а также небольшое число медико-реабилитационных подразделений (общежития для лиц с психическими расстройствами, утративших жилье и социальные связи) с целями восстановления навыков независимого проживания,

создаваемых в структуре психиатрических учреждений. «Число мест в этих специализированных учреждениях (психоневрологические интернаты) социального обеспечения сравнительно даже выше, чем во многих странах Западной Европы» [51]. По сравнению с многообразием организационных форм в Европе, в России, практически преобладает одна форма преимущественно с социальным уклоном.

Безусловно, в структуре психиатрической службы должны «развиваться и рассматриваться организационные формы как реабилитационные подразделения, использующие для этого предоставление места проживания с системой медико-психосоциальной реабилитации, направленной на восстановление (формирование) навыков независимого проживания с целью интеграции в обычную социальную среду» [56].

«Следует учитывать особенности больных, из которых формируется контингент лиц, наиболее остро нуждающихся в подобной системе реабилитации. Это, прежде всего, лица с чрезмерно длительным пребыванием в стационаре (феномен «больничного проживания»), большая часть которых утратила социальные связи, жилье, навыки независимого проживания, что в основном является препятствием к их выписке, хотя, как показывает опыт, у них сохраняется возможность социального восстановления. В течение ряда лет среднее число больных, находящихся в стационарах страны свыше года, и число занятых ими коек на конец года остается около или несколько более 20%, то есть составляет примерно пятую часть стационарного контингента. В довольно значительной части территориальных служб удельный вес их свыше 30%» [56].

«Даже если учесть, что из этого числа пациентов, находящихся в стационарах свыше года, вычтут около 30%, поскольку это доля лиц на принудительном лечении, остается значительный контингент лиц, «осевших» (в том числе на 2–5 и более лет) в стационарах страны» [56].

«О возможности возвращения к самостоятельной жизни, по крайней мере, значительной части «осевших» в стационаре свидетельствует имеющийся сегодняшний опыт в нашей стране» [105, 187]. «При небольшом числе мест в

общежитиях для психически больных, утративших социальные связи и жилье (всего 368, для сравнения в психоневрологических интернатах в 2006 г.), обращает на себя внимание, что разработаны разные варианты общежитий: общежития как отделение стационара» [105], «как этап реабилитации» [43], «этап перед выпиской после длительного пребывания в стационаре; квартира для независимого проживания» [143]; «особенно важен вариант «континуума»: общежитие – отделение стационара – групповой дом – квартиры для независимого проживания – интеграция в социум» [173, 187]. «В настоящее время это возможный и необходимый путь при высокой концентрации «осевших» в стационаре лиц с феноменом больничного проживания, помимо создания общежитий, трансформации (как промежуточного решения) части отделений психиатрических больниц в реабилитационные подразделения с режимом резиденциального пребывания» [56]. Важное значение может иметь проведение психиатрической реабилитации у стационарных больных «данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют в пользу внедрения программ реабилитации для стационарных больных шизофренией» [153].

«Другая составляющая реформирования психиатрических служб – повсеместное создание внебольничных отделений, уже включенных в Порядок оказания психиатрической помощи: 1) психосоциальной работы в амбулаторных условиях, 2) внебольничной реабилитации и 3) интенсивного оказания помощи в сообществе. Это впервые окончательно изменит ситуацию, когда участковый врач-психиатр один оказывался перед решением нередко сложных, многоаспектных проблем помощи амбулаторному контингенту больных, без того, чтобы направить пациента в больницу, используя возможности этих подразделений» [120, 245]. Важно, что «с помощью отделений внебольничной реабилитации можно сдвинуть акцент реабилитационных усилий на более ранние этапы течения болезни, что соответствует современным представлениям и с учетом того, что стационар должен иметь свое реабилитационное отделение» [15, 167, 209, 246].

«Для современной психиатрии характерно все большее внимание, наряду с фармакотерапией и другими методами лечения, к психосоциальным воздействиям

на всех этапах течения болезни, направленным на психосоциальное восстановление лиц, имевших психические расстройства. на адаптации пациентов в семье, социальном окружении, сохранении социальных ролей, социальной сети, позитивной самоидентификации» [56].

«Заслуживает внимания необходимость объединения усилий социальной, психологической и медицинской направленности в работе с лицами», имеющими психические расстройства, «в период восстановления их психического здоровья и социального статуса. Применение социальных и психотерапевтических составляющих в рамках единого процесса терапии осуществляется преимущественно силами врачей-психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников. Проведение социальной работы в психоневрологическом учреждении ... включает комплекс мер, направленных на повышение социальной компетентности психически больных, формирование у них ответственности за свое социальное поведение, а также социальная защита, поддержка этих больных и другие аспекты их социальной реабилитации» [122, 218].

Таким образом, превалирующая тенденция совершенствования организации оказания психиатрической помощи больным на современном этапе - перемещение акцента на амбулаторное звено, где в рамках дневного стационара должно осуществляться интенсивное лечение и реабилитация психически больных [103, 106]. Такое смещение акцента будет способствовать повышению доступности и качества оказания психиатрической помощи, своевременности, безопасности медицинской помощи и комплаентности больных [23, 26, 27, 179, 220].

Научному обоснованию перечисленных стационарозамещающих форм организации психиатрической помощи населению посвящаются следующие главы настоящего исследования.

Современному состоянию проблемы и поиска различных подходов и аспектов организации служб психиатрической помощи населению в последние годы посвящали свои работы известные авторы [23, 26, 27, 100, 104, 112, 160, 161, 162, 219, 220] и многие другие.

Резюме. При изучении зарубежного и отечественного опыта организации психиатрической помощи выявлена целесообразность ее реформирования, в ходе которого предусматривается развитие различных форм внебольничной помощи психически больным, ее демократизация, обеспечение доступности и др.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи со спецификой организации исследуемого вида медицинской помощи в диссертационной работе были применены следующие определения, описывающие специфику основных понятий, используемых в психиатрической помощи и в описывающих ее организацию:

«Амбулаторный психиатрический модуль – это новая организационная форма» [176], функционирующая на базе стационара и включающая в себя: участковую службу с кабинетами по приему пациентов на основе территориального принципа, «кабинетами активного диспансерного наблюдения, амбулаторного принудительного лечения» [176]; отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП); медико-реабилитационное отделение (МРО), психиатрическое отделение неотложной помощи (ПОНП).

«Медико-реабилитационное отделение амбулаторного психиатрического» [175] модуля – структурное подразделение, позволяющее оказать помощь населению, страдающему психическими расстройствами, достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе.

Недобровольная психиатрическая госпитализация – прием, удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства, в больнице, либо в другом медицинском учреждении, произведенное не по его просьбе, на основании ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при его оказании» [25].

Новая парадигма в психиатрии– трансформация научного восприятия, признанные всеми научные достижения в области психиатрии, которые в течение определенного времени дают научному сообществу модель постановки проблем и их решений. Личностно-ориентированная парадигма предполагает развитие личности, для которой участие в делах гражданского общества не столько извне навязанная обязанность, сколько результат внутреннего побуждения и осмысления выбора.

«Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи» [182] – структурное подразделение, предназначенное для оказания помощи непосредственно в социальной среде психически больным, состояние которых требует настойчивости, усиления лечебных мер и интенсивного проведения фармакотерапии.

Психиатрическая помощь – вид специализированной медицинской помощи, включающий профилактику психических болезней и комплексное лечение психически больных.

Психически больной – больной человек, с врожденным или приобретенным расстройством психики. Он не может приспособиться к условиям жизни, не справляется с повседневными задачами в личной, семейной жизни или на работе, не в состоянии достичь личных целей.

Психическое здоровье – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества».

Психоневрологический диспансер – тип лечебно-профилактических медицинских учреждений (диспансеров) в России и странах СНГ, предназначенный для обслуживания пациентов с психическими расстройствами во внебольничных условиях.

Реформа психиатрической помощи в Москве – частичная замена стационарного лечения амбулаторным и внедрение внебольничных форм помощи, приближение психиатрических кабинетов к месту жительства пациентов, размещение их в поликлиниках и больницах общего профиля, позволяющее избежать стигматизации.

2.1. Характеристика базы исследования

В качестве базы исследования была выбрана ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента Здравоохранения города Москвы» (Учреждение), работающая в формате «Концепции развития психиатрической помощи города Москвы» с 2017 года в структуре кластерно-модульной модели, являющаяся специализированным лечебным, научным и учебным комплексом [50, 175].

Практическая деятельность больницы направлена на оказание высококвалифицированной помощи больным на уровне современных достижений медицинской науки и ведется по следующим направлениям: амбулаторный прием, диагностика, лечение в стационаре.

Структура Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «ПКБ № 13 ДЗМ» представлена стационаром на 720 коек «психиатрического профиля, диспансерным отделением с амбулаторной участковой службой и кабинетами активного диспансерного наблюдения, дневным стационаром, психиатрическим отделением неотложной помощи» [175].

С «2018 года в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 566н от 17.05.2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» на базе диспансерного отделения № 2 филиала № 1 с 01.04.2018 года открыто отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) на 30 пациенто-мест.

С 01.05.2018 года в целях осуществления психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, согласно Правил организации деятельности медико-реабилитационного отделения (Приложение № 37 Порядка оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при психических расстройствах и расстройствах поведения) в структуре дневного стационара

филиалов 1, 2, 3 ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» создано медико-реабилитационное отделение на 25 мест» [179].

В рамках разработанной модели в состав одного кластера ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» «входят четыре амбулаторных психиатрических» [176] «модуля. Модули расположены в различных зданиях, которые приближены к местам обслуживания пациентов и обеспечивают максимальную транспортную доступность. Кластером ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» проводится обслуживание двух миллионов прикрепленного населения. Основной модуль в своей структуре имеет диспансерное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи» [50], «медико-реабилитационное отделение, отделение неотложной психиатрической помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения, амбулаторного принудительного лечения» [176]. Также в этом модуле функционирует клинко-диагностическое отделение (КДО), которое включает отделение функциональной диагностики, рентгеновский кабинет, кабинеты врачебного приема специалистов: врача-терапевта, врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-хирурга, врача-дерматовенеролога, врача-акушера-гинеколога, врача-инфекциониста, врача-оториноларинголога, врача-психиатра.

Ежедневно Учреждение принимает на стационарное лечение более 20 пациентов. Так по итогам 2015 года специализированную медицинскую помощь по таким заболеваниям как: «шизофрения», «психозы», «органические расстройства личности», «невротические расстройства и расстройства личности и поведения» получили 6629 пациентов в стационаре и 2236 пациентов в дневных стационарах Учреждения, амбулаторным звеном диспансеров выполнено более 360 000 посещений, из них более 240 000 по поводу заболеваний.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы [22] от 25.09.2013 № 919 «Об изменении типа государственных казенных учреждений здравоохранения города Москвы» изменен тип Учреждения с казенного на бюджетное, что дало право Учреждению наряду с установленным

государственным заданием оказывать гражданам и юридическим лицам платные медицинские услуги, относящиеся к его основным видам деятельности.

Сегодня финансирование Учреждения осуществляется из двух источников: средства бюджета на выполнение государственного задания и поступления от приносящей доход деятельности.

Учреждение является клинической базой ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, врачи ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» принимают активное участие в подготовке молодых клинических ординаторов – будущих судебных психиатров. На территории Учреждения размещена кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ «Российский университет дружбы народов», на базе которой значительно расширилась практика профессиональной психокоррекционной и психотерапевтической работы.

В настоящее время в базовой медицинской организации работает 967 сотрудников, среди них 5 профессоров и докторов наук, 26 кандидатов наук.

2.2. Методика и организация исследования

Исследование проводилось по специально разработанной программе и включало в себя семь последовательных этапов (таблица 1).

Объектом исследования являлась ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» и ее деятельность: **предметом исследования** – первичная специализированная медико-санитарная помощь психически больным [22, 176, 182].

Сроки проведения диссертационного исследования с 2015 по 2019 годы.

Таблица 1 - Программа проведения исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации и объем исследования
1. Изучение и обобщение отечественного и зарубежного опыта организации и оказания специализированной помощи психически больным	Аналитический	Статьи, монографии, авторефераты, законодательные и нормативные правовые документы по теме исследования. 170 отечественных и 87 зарубежных научных публикаций и официальных документов по теме исследования
2. Анализ нормативной и правовой базы, регламентирующей оказание специализированной, в т.ч. стационарозамещающей, помощи психически больным	Аналитический	Законодательные и нормативные правовые акты Правительства РФ, Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы
3. Анализ показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь психически больным [22, 181]	Статистический, Аналитический, Графоаналитический, Экспертных оценок	Годовая форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации»; годовая форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению», «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 088/у-06) – 125 шт., Акт медико-социальной экспертизы гражданина – 125 шт., Решение суда о недобровольной госпитализации – 950 шт., Решение суда о признании гражданина недееспособным – 67 шт., Карта госпитализированного на психиатрические койки.
4. Анализ структуры и деятельности новой организационной модели оказания специализированной, в том числе первичной медико-санитарной, помощи психически больным в городе Москве [181]	Монографического описания, Аналитический, Структурно-функционального моделирования	Материалы собственного исследования Аналитический обзор «Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2015–2017 гг.» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
5. Изучение мнений врачей и пациентов (их родственников) о качестве организации новой организационной формы – амбулаторного психиатрического модуля [182]	Социологический (опрос), Статистический, Аналитический	Анкеты пациентов (их родственников) – 311 шт., анкеты врачей стационара – 197 шт., анкеты врачей дневного психиатрического стационара – 54 шт. (в том числе врачей амбулаторного модуля – 26 шт.)
6. Разработка критериев и показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным [181]	Социологический (интервью, опрос), Экспертных оценок, Статистический Аналитический	Карта экспертной оценки значимости показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь психически больным – 58 шт. [181]
7. Разработка предложений по совершенствованию новой организационной модели оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным [176]	Монографического описания, Аналитический	Материалы собственного исследования

Единицами наблюдения, в зависимости от решения поставленных задач, являлись: научная публикация; нормативный правовой документ; пациент (его родственник), обратившийся за психиатрической помощью; врач, работающий в психиатрическом стационаре, дневном психиатрическом стационаре (в том числе амбулаторном модуле); эксперт, оценивающий показатели эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих «первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным» [176], показатели деятельности медицинской организации: коечный фонд уменьшился с 1040 коек в 2015 г. до 670 в 2019 г., «убыль составила 35,6%; средняя длительность пребывания больного в стационаре снизилась на 17,6%: в 2015 г. – 51,0 день, в 2019 г., прирост данного показателя по отношению к 2015 г. составил 25,4%; уменьшилось число койко-дней в 1,4 раза, с 334 869 дней в 2015 г. до 224 773 дней в 2019 г.» [179], «убыль составила 32,9%.; первичный выход на инвалидность психически больных, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, по годам составил: в 2015 г. – 177 человек (2,7% от числа всех пролеченных больных); в 2019 г. – 64 человек (1,3% от числа всех пролеченных больных)» [180].

В соответствии с поставленными задачами в «исследовании использовалась комплексная методика, включающая следующие методы: изучение и обобщение опыта, монографического описания, аналитический, статистический, социологический (интервьюирование, опрос), сравнительного статистического анализа» [177], графоаналитический, метод экспертных оценок, метод структурно-функционального моделирования.

На **первом этапе** исследования были сформулированы цель и задачи исследования, определены его объект и предмет; изучен отечественный и зарубежный «опыт организации и оказания психиатрической помощи населению» [23]; в т.ч. ее стационарозамещающих форм на основании анализа литературных источников. В частности, выявлены существующие проблемы при оказании данного вида помощи.

Также на данном этапе разработана комплексная методика исследования и специальный статистический инструментарий, который, в частности, был

представлен картами госпитализированного на психиатрические койки; анкетами для проведения опроса: пациентов (их родственников), врачей (стационара, дневного психиатрического стационара, в том числе амбулаторного модуля, и др.) (Приложения А, Б, В, Г, Д).

На **втором этапе** исследования была изучена правоустанавливающая база, регламентирующая предоставление медицинской стационарозамещающей помощи психическим больным на международном уровне, в Российской Федерации в целом и городе Москве. В частности, проведен детальный анализ законодательных и нормативных правовых актов Правительства РФ, Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы.

На **третьем этапе** был проведен анализ показателей «деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь» [181] психически больным на основании годовых форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению» за 2015-2019 гг.

Так же был изучен состав пациентов «медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь» [50], проведены комплексный анализ и изучение динамики показателей деятельности психоневрологического диспансера, дневного психиатрического стационара, психиатрического стационара.

С целью изучения обоснованности госпитализации «пациентов на профильные психиатрические койки» [23] была проведена экспертиза показаний к госпитализации. Для сбора необходимой информации был разработан специальный инструментарий – «Карта госпитализированного на психиатрические койки» (Приложение Е).

В качестве экспертов были привлечены высококвалифицированные врачи со стажем работы по специальности «Психиатрия» (в т.ч. «Психиатрия-наркология») не менее 15 лет и имеющие высшую квалификационную категорию. Общее количество экспертов составило 36 человек. Экспертным проверкам подлежала каждая 10-я «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у) всех

пациентов, завершивших лечение на профильных психиатрических койках ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 ДЗМ» (в период исследования с 2015 по 2019 гг. – ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ», с 01.04.2019 переименована в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 ДЗМ», далее – ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ») в 2015–2017 годах.

В «карте регистрировались пол, возраст пациента, диагноз основного заболевания, фактическое число дней лечения. Экспертам необходимо было дать оценку обоснованности госпитализации в данный стационар, при необоснованной госпитализации порекомендовать типы медицинских организаций, где мог бы проходить лечение больной; дать оценку достаточности объемов выполненных лечебно-диагностических мероприятий за период лечения, а также указать рекомендуемый срок лечения в иных типах медицинской организации. Методом экспертных оценок определялись оптимальные условия оказания медицинской помощи в каждом конкретном случае – дневной стационар, амбулаторная участковая служба, стационар на дому, соматический стационар, неврологический стационар» [23] – и рекомендовались сроки пребывания в них больных. Таким образом, целью проводимой экспертной оценки являлось определение показаний для госпитализации на профильные психиатрические койки стационара.

На **четвертом этапе** с использованием метода структурно-функционального моделирования была предложена и обоснована организационная модель оказания специализированной, в том числе первичной медико-санитарной, помощи психически больным в городе Москве. На последующих этапах исследования был проведен анализ структуры и результатов деятельности новой организационной модели.

На **пятом этапе** этапом были проведены социологические исследования среди: пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре на базе психоневрологического диспансера (в амбулаторном модуле), и/или их родственников; врачей, оказывающих стационарозамещающую медицинскую помощь психически больным.

По специально разработанным анкетам (Приложения Г и Д) изучалось мнение пациентов (их родственников) по следующим аспектам: качество организации медицинской помощи на базе «новой организационной формы (амбулаторного модуля)» [50], в том числе доступность медицинской помощи (временная, информационная) и доступность реабилитационных мероприятий; удовлетворенность результатами оказания медицинской помощи; существующие проблемы данной организационной формы оказания медицинской помощи и др. В анкеты также вошли вопросы, касающиеся объективного положения и статуса опрашиваемого: возраст, пол, образование, социальный статус.

Всего в исследовании приняли участие 311 респондентов (пациентов и/или их родственников).

Для опроса пациентов использовалась бесповторная случайная выборка (один респондент заполнял социологическую анкету один раз).

С целью определения необходимого размера случайной выборки при бесповторном отборе и при условии известной генеральной совокупности применялась формула:

$$n = \frac{t^2 \times p \times q \times N}{\Delta^2 \times N + t^2 \times p \times q}$$

где:

n – объем выборки;

N – численность генеральной совокупности;

t – доверительный коэффициент (t = 2 при p = 0,05);

Δ – максимальный размер ошибки выборки (5%);

p – статистический показатель (относительная величина);

q – величина, обратная p, и выраженная как (100 - p).

Предельная ошибка выборки Δ = 0,05, а коэффициент достоверности t = 2, позволила обеспечить достоверность результатов в 95 случаев из 100 с предельной ошибкой ± 5% [114].

Расчет для определения достаточного объема выборки пациентов (и/или их родственников), проводился с учетом годового количества пациентов,

проходивших лечение на базе амбулаторного модуля (в 2018 г. численность таких пациентов составила 1380 человек):

$$n = \frac{2^2 \times 50 \times 50 \times 1380}{5^2 \times 1380 + 2^2 \times 50 \times 50} = 310,1$$

Таким образом, минимальное необходимое число респондентов в данном исследовании составляет 310 человек.

Сплошное анкетирование врачей проводилось отдельно в двух группах респондентов: врачи психиатрического стационара (197 чел.) и врачи психоневрологического диспансера (54 чел.), в т.ч. амбулаторного модуля (26 чел.).

Для проведения социологического исследования на данном этапе была разработана «Анкета для изучения мнения врачей, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным во внестационарных условиях» (Приложение Б) [176]. В рамках данного опроса изучалось и сравнивалось мнение опрошенных о наиболее адекватных условиях оказания «медицинской помощи пациентам психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания» [178] и в подостром состоянии; оптимальных вариантах организации амбулаторного психиатрического модуля и особенностях оказания медицинской помощи при данной форме работы; удовлетворенности специалистов преимуществом между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь психически больным.

Более углубленно изучалось мнение о «качестве организации работы подразделений амбулаторного» [50] психиатрического модуля при анализе анкет врачей психоневрологического диспансера.

На **шестом этапе** исследования, в соответствии с его программой, были определены «показатели для оценки эффективности новой организационной модели оказания специализированной» [181] ПСМП психически больным. При этом под эффективностью медицинской организации в настоящем исследовании мы понимали, прежде всего, достигнутые ею результаты деятельности. Первоначально «на основе результатов изучения источников литературы, методических рекомендаций, нормативных документов» [181] и др. нами был

составлен перечень таких показателей (индикаторов). Следует отметить, что все предложенные показатели были также систематизированы и распределены по группам.

С целью оценки значимости и предпочтительности «показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих» [181] «первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным» [176], применялся **метод экспертных оценок**.

Для решения данной задачи была разработана анкета для экспертов - «Карта экспертной оценки значимости показателей эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь психически больным» (Приложение Ж). Экспертам предлагалось не только выделить показатели, имеющие наибольшее значение «для оценки эффективности деятельности новой организационной модели и отдельных организационных форм (в частности, амбулаторного модуля)» [181], но и расширить предложенный перечень.

Критериями включения эксперта в исследование являлись:

1. Наличие письменного информированного согласия эксперта на участие в исследовании;
2. Медицинский стаж по специальности «Психиатрия» (в т.ч. «Психиатрия-наркология») –15 лет и более;
3. Стаж работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (на руководящих должностях) –10 лет и более;
4. Коэффициент уровня компетентности эксперта –средний (0,5) и выше ($0,5 \leq k < 1$).

Соответственно, числовое значение коэффициента уровня компетентности эксперта ниже среднего ($0 < k < 0,5$) являлось критерием исключения экспертов из исследования.

Минимальное количество экспертов для участия в опросе определяли по формуле [164]:

$$N = 0.5 * \left(\frac{3}{m} + 5\right), \text{ где:}$$

N – минимальное количество экспертов;

m –возможная ошибка результатов экспертизы ($0 < m < 1$).

За возможную ошибку принимали величину 5% ($m=0,05$).

Всего в исследовании приняли участие 58 экспертов [181].

Центральным критерием отбора экспертов выступала их компетентность. Для ее определения применяли метод самооценки экспертов.

Компетентность экспертов оценивалась на основании анкеты самооценки, позволяющей рассчитывать совокупный индекс компетентности (k) каждого эксперта. Кроме того, определяли средний индекс компетентности для всей экспертной группы. Индекс самооценки рассчитывался на основании оценки каждым экспертом своих знаний, опыта и способностей к прогнозированию по ранговой шкале с позициями «высокий», «средний», «низкий» и числовыми значениями «1», «0,5» и «0» соответственно. Для расчета коэффициента уровня компетентности эксперта использовалась формула:

$$k = \frac{k_1 + k_2 + k_3}{3},$$

где:

k_1 – числовое значение самооценки экспертом уровня своих теоретических знаний;

k_2 – числовое значение самооценки практического опыта;

k_3 – числовое значение самооценки способности к прогнозированию развития ситуации.

Коэффициент уровня компетентности находится в границах от 1 (полная компетентность, когда все значения k равны 1) до 0 (полная некомпетентность: $k_1=k_2=k_3=0$) [151].

В группу экспертов включали тех, у кого числовое значение индекса компетентности варьировал в пределах от 0,5 до 1.

Оценку степени согласованности мнений экспертов производили с использованием коэффициента конкордации Кендалла (W).

Коэффициент конкордации (W) рассчитывался по следующей формуле:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}m^2(n^3 - n)m \sum T_i}$$

где $T_i = \frac{1}{12} \sum (t_i^3 - t_i)$

W – коэффициент согласованности экспертов,

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку,

m – число экспертов,

n – число сравниваемых признаков.

T_i - число связей (видов повторяющихся элементов) в оценках i-го эксперта,
 t_i - количество элементов в i-й связке для i-го эксперта (количество повторяющихся элементов).

При анализе результатов экспертной оценки ориентировались на среднюю ($0,3 < W < 0,7$) и высокую ($W > 0,7$) степени согласованности мнений экспертов при условии ее статистической значимости ($p < 0,05$) по критерию χ^2 [80].

На **заключительном этапе** исследования были разработаны предложения по внедрению новой организационной модели «оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным» [176] с целью повышения эффективности предоставления медицинских услуг. Также были сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа.

Использование представленных методических подходов позволило реализовать поставленную цель на основе поэтапного решения направленных на ее достижение задач.

2.3. Методы статистической обработки данных

Описательная статистика результатов исследования представлена для количественных признаков средними арифметическими (M) и средними квадратическими отклонениями ($\pm\sigma$). Для описания качественных характеристик использовались частотные показатели, рассчитанные на 100 опрошенных (P) и их ошибки репрезентативности ($\pm m$).

Показатели деятельности медицинских организаций представлены абсолютными значениями, интенсивными и экстенсивными показателями.

Средняя ошибка выборки для категориальных признаков рассчитывалась по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где:

m – средняя ошибка выборки для альтернативного признака;

p – статистический показатель (относительная величина);

q – величина, обратная p , и выраженная как $(100 - p)$, в зависимости от основания, на которое рассчитан показатель;

n – число наблюдений в выборочной совокупности.

Доверительные границы, в которых заключено значение относительного показателя в генеральной совокупности p_0 определяли следующим образом:

$$p - \Delta \leq p_0 \leq p + \Delta$$

При этом $\Delta = t \times m$, где:

Δ – предельная ошибка выборочной относительной величины;

t – критерий достоверности;

p – значение выборочной относительной величины;

m – средняя ошибка выборочной относительной величины [114].

Статистическую значимость различий значений показателей в сравниваемых группах респондентов оценивали с помощью критерия однородности χ^2 .

Осуществлялась проверка гипотезы однородности – все данные в каждой строке таблицы мало отличаются друг от друга.

$$\chi^2_{(k-1)(n-1)} = \sum_{\substack{i \in [1, k] \\ j \in [1, n]}} \frac{(v_{ij} - n_i p_j)^2}{n_i p_j}, \text{ где}$$

i – номер строки;

j – номер столбца;

v_{ij} – значение показателя;

n_i – сумма значений по строке;

$$p_j = \frac{\sum_i v_{ij}}{\sum_i n_i};$$

$(k - 1)(n - 1)$ – число степеней свободы, где k – число строк в таблице сопряженности, n – число столбцов.

Если величина χ^2 больше табличного значения, то гипотеза однородности отвергается и, следовательно, различия статистически значимы [80].

Для анализа динамики абсолютных и относительных показателей производили оценку линейных и полиномиальных уравнений тренда. Для характеристики устойчивости тенденций, описываемых уравнениями тренда, использовали коэффициент детерминации (R^2), представляющий собой долю дисперсии показателя, обусловленную закономерностью изменения его значений с течением времени.

Для описания тенденций использовались линейные уравнения тренда:

$$y = a_0 + a_1 x,$$

где y – значение показателя;

x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета;

a_0 – константа (значение y , когда $x=0$);

a_1 – коэффициент регрессии, отражающий среднее изменение y при увеличении x на одну единицу.

Резюме. В настоящей главе представлена программа, материалы и методы исследования, объект и предмет исследования, определена и представлена база исследования.

При составлении программы исследования использовался комплекс традиционных, адаптированных к задачам исследования современных методов социально-гигиенического и медико-организационного исследования с последующей статистической обработкой и научным анализом полученных данных.

В соответствии с поставленными целями и задачами «в работе были использованы следующие методы: изучение и обобщение опыта, монографического описания, аналитический, статистический, социологический (интервьюирование, опрос), сравнительного анализа» [177], метод экспертных оценок и др.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента Здравоохранения города Москвы» [182].

Работа опиралась на широкую информационную базу; также программа научного исследования предусматривала разработку специального статистического инструментария, в том числе карт экспертной оценки больных, госпитализированных на психиатрические койки; анкет для проведения опроса пациентов (их родственников), анкет врачей стационара, дневного психиатрического стационара, в том числе амбулаторного модуля, карты экспертной оценки показателей (индикаторов) для оценки качества результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую ПМСП помощь населению [23, 176, 181, 182].

Использование комплексной методики позволило автору последовательно решить все поставленные в исследовании задачи, разработать конкретные предложения и апробировать целый ряд инновационных механизмов.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ, СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ, ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Взаимоотношения права, свобод и здоровья, а тем более законодательно закрепленного права и ментального здоровья крайне неоднозначны, многообразны и затрагивают личностные, межличностные и общественные аспекты [6].

Участие государственной системы регулирования и ресурсной базы фактически и теоретически необходимы для реализации права человека на сохранение психического здоровья и выбор оптимально-приемлемого вида лечения [2]. Несмотря на то, что к настоящему времени накоплен достаточный фонд нормативной правовой базы, которая призвана обеспечить обозначенные гарантии, однако идет постоянное совершенствование законодательных актов. Продиктовано это, прежде всего, необходимостью проведения детального анализа и систематизации не нормативной правовой базы, но потребностью в своевременном отражении в законодательных актах новых внедрений оказания психиатрической помощи вне стационарных условий.

В данном разделе диссертации «проведен анализ действующей нормативно-правовой базы» [22], регламентирующей предоставление медицинской, в том числе стационарозамещающей помощи психически больным. Логика изложения представлена критическим анализом в иерархическом порядке нормативных правовых актов, в том числе, имеющих международную значимость и регулирующих соответствующие отношения.

3.1. Анализ международной правоустанавливающей базы, регламентирующей предоставление медицинской, в том числе стационаророзмещающей помощи, психически больным

Согласно части 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации (РФ) нормы международного права и ратифицированные международные договоры являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Указанная норма имеет принципиально важное значение для формирования и регулирования многих правовых отношений и правовых «традиций» в большинстве сфер жизни граждан РФ и определяет следующие суждения и решения:

1. В первую очередь, решения властных органов разного уровня, а также процедура принятия соответствующих решений не должны противоречить основным положениям договоров международного уровня.

2. Кроме того, государственными органами власти, основные положения, ратифицированного РФ международного договора могут применяться непосредственно при условии, что для их применения не требуется составление внутригосударственных актов.

Для защиты прав такой социально уязвимой части общества как граждане, страдающие психическими расстройствами, создание нормативной правовой базы представляется неотъемлемым условием политики государства. В плане принятия решений стоит отметить, что психические расстройства при определенных нозологических формах и периодах течения заболеваний, могут оказывать негативное влияние на дееспособность больных людей.

В рамках международных правоотношений определены уже давно правовые документы в сфере регулирования и регламентации вопросов ухода и лечения психических больных в стационаре [30, 38]. Следует особо обсудить самые основополагающие и те исторические документы, которые во многом определили вектор мышления общества и политику государств в вопросе здравоохранения

больных с психическими отклонениями, особенно в аспекте перехода на новый формат оказания помощи, в части стационарозамещающих технологий [46, 82].

В дальнейшем исследовании целесообразно провести анализ международной правовой базы по регламентации предоставления помощи психиатрическим больным. Исследование международного опыта будет проведено на примере таких стран, как Италия, Германия и Англия.

Италия.

Начиная с 1978 г. в Италии начались осуществляться существенные изменения, которые касались оказания психиатрической помощи больным. Прежде всего, такие изменения были обусловлены началом функционирования союза «Демократичная психиатрия» в Италии [116]. Это движение начало формироваться в 1976 г., его основателем был Ф. Базалья. Однако, и в государстве, и за его пределами начавшиеся изменения вызвали формирование серьезных дискуссий со стороны научного сообщества.

Демократичность предлагаемой реформаторской «системы оказания психиатрической помощи больным» [182], прежде всего, состояла в том, она касалась и общества, и персонала психиатрических лечебниц, и больных пациентов. Предлагаемые реформы первоначально имели собственной целью – развеять миф о том, что наиболее высшим знанием обладает лишь специалист. Такие новаторские высказывания и мысли сопровождались, в свою очередь, недовольством со стороны традиционных кругов, представителей академических учреждений. Прежде всего, недовольство со стороны указанных субъектов было обусловлено тем, что в реформе «виделась» опасность.

Однако, несмотря на существующие в общественных кругах недовольства Ф. Базалья смог добиться того, что в 1978 г. было собрано полмиллиона подписей в поддержку изменений, предлагаемых им. Это, в свою очередь, привело к тому, что был принят Закон Ф. Базальи или Закон 180 [264]. В согласовании с Законом 180 в Италии стали создаваться центры общественного характера для оказания психиатрической помощи пациентом. При этом, как следует подчеркнуть, психиатрические лечебницы были упразднены.

Согласно законодательным нормам, которые отмечались в Законе, не более 15 коек должно было быть обеспечено на каждые 200 тыс. человек населения Италии. При этом, гарантировалось, что такие изменения радикального характера не приведут к увольнению штатных сотрудников. Основной упор в такой реформаторской системе делался на то, что психическим больным требуется оказывать реабилитационные, лечебные и профилактические услуги в условиях внебольничного характера [217, 298].

Следовательно, можно признать тот факт, что реформы, предлагаемые Ф. Базалья в рамках «Демократического союза» имели всеобъемлющий характер, и, так как сопровождались сдвигами позитивного характера, должны были воплотиться в жизнь.

Именно поэтому в контексте исследования правового регулирования в сфере оказания психиатрической помощи в Италии требуется провести более глубокое исследование основных выводов, которые были получены в результате проводимых реформ.

1. Основной идеей Закона 180 стало то, что не обязательно иметь психиатрические лечебницы для лечения пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Если в 1978 г. количество больных в психиатрических лечебницах Италии составляло 78 538 человек, то в 1998 г. их количество сократилось до 7 704 человек. Полное закрытие и прекращение функционирования психиатрических лечебниц в Италии было в 2000 г. [237].

Если рассматривать ситуацию с функционированием психиатрических лечебниц в Италии в настоящее время, то можно обнаружить что фонд койко-мест в таких больницах равен нулю, но койко-места есть в психиатрических отделениях общих больниц (на 100 тыс. жителей приходится 10 мест). Однако, представленные выше показатели так же могут в зависимости от региона значительно варьироваться [280].

2. Снижение количества самоубийств в Италии. Данный вывод свидетельствует, прежде всего, о том, что снижение количества в лечебницах койко-мест не привело к повышению количества самоубийств. Статистика ОЭСР

свидетельствует о том, что на примерно одинаковом уровне сохранялась статистика самоубийств в Италии: 7,1 самоубийство на 100 тыс. человек в 1978 г.; 6,3 самоубийства на 100 тыс. человек в 2012 г [313].

3. В результате снижения мест в психиатрических лечебницах не было увеличено количество недобровольных госпитализаций. Фактическое количество госпитализаций принудительного характера с введением реформ в стране снижалось.

Если в 1978 г. количество таких госпитализаций составляло 20 тыс. случаев, то к 2015 г. сократилось до 9 тыс. случаев. Аналогичным образом снижалась и доля принудительной госпитализации, составив менее 5% от общих случаев госпитализации в 2015 г. [313].

4. Нагрузка на судебно-психиатрические учреждения не увеличивается. В 1987 г. на судебную психиатрическую экспертизу поступило 977 пациентов [234], в 2016 г., после закрытия экспертных стационаров было обследовано 742 пациента [234], в 2018 г. в подобные стационары помещено 924 пациента [234].

5. При организации в психиатрических стационарах койко-мест с круглосуточным пребыванием больных, продолжительностью более 2-х лет, целесообразно заниматься не только их обслуживанием, но и реабилитацией [235].

6. Возможно формирование неопределенности в рамках этапа закрепления основных итогов переходного процесса. При совершении реформы в процессе перехода психиатрии Италии от внедрения изменений к их поддержке и закреплению у персонала психиатрических учреждений изменялись настрой и мотивация. Первоначально лишь отдельные лица отстаивали изменения, заручаясь поддержкой заинтересованных сторон и представителей иных процессов [314]. Таким образом, у таких лиц на первоначальном этапе наблюдалась повышенная мотивация. Если же рассмотреть этот вопрос в современном мире, то для закрепления предпринятых изменений в настоящее время требуется систематизировать их по завершении совокупность инициатив новаторского характера. Такая деятельность воспринимается со стороны штатных сотрудников менее привлекательной, они редко участвуют в каких-либо инициативах по

дальнейшему совершенствованию. Итальянская система психиатрической помощи сегодня находится на этапе закрепления результатов, что обуславливает спад мотивации персонала, а также снижение соответствующего финансирования.

Выводы, которые были получены в результате проведения реформы, могут иметь достаточный интерес для реформирования общественного здравоохранения. Однако в этом случае не следует забывать тот факт, что итальянская реформа первоочередной целью видела не закрытие психиатрических лечебниц, а формирование гуманного отношения к пациентам. Именно этот принцип в дальнейшем изменил основные задачи и функции в сфере развития психиатрии Италии.

Однако такая система подверглась достаточно серьезной критике в Италии. Так, некоторые исследователи писали, что если принять и внедрить в практику идеи Ф. Базальи, то основные вопросы психиатрии будут поставлены под сомнение [253]. При опоре на основные позиции Ф. Базальи, психиатрия отходит от традиционного взгляда на то, что она выступает составным элементом медицины и базируется на таком средстве решения проблем, как биохимия. По Закону 180 – большее внимание должно уделяться функционированию общества, человеку и его миру. В таком случае ответственность за психически нездорового пациента перекладывается на него самого и его семью. Однако, в результате недостатка данных статистического характера нельзя правильно и в достаточно полной мере провести оценку данной реформы. Прежде всего, это обусловлено тем, что основные информационные сведения являются отрывочными и разрозненными. В то же время проведенное исследование позволяет прийти к выводу, что данная реформа была направлена на достижение гуманных целей.

Германия.

В послевоенные годы Германии потребовалось практически двадцать лет для начала разговоров со стороны психиатров о том, что медицина принимала активное участие в преступлениях, которые были совершены во время режима нацистов. Это обусловлено тем, что в конце 50-х-начале 60-х годов германское сообщество обратило внимание на нацистские преступления. Начали признаваться немецким

сообществом в дальнейшем и преступления против инвалидов и психически больных пациентов.

В этот период В. Шульте выступил с лекцией, в которой говорил, что убийства пациентов в психиатрических лечебницах продолжались даже после того, как А. Гитлер отменил официальную программу убийств пациентов. Кроме того, ученый в негативном свете отзывался о принудительной стерилизации, которая в Германии в тот исторический период была распространена. Следует подчеркнуть, что такой стерилизации подвергались пациенты психиатрических клиник. Выступая с подобными заявлениями, ученый способствовал началу процесса реформирования психиатрии. Однако данный процесс со стороны профессиональной организации не поддерживался. Отдельные психиатры начали процесс реформирования в рамках поддержки со стороны иных специалистов в психиатрической области, а также движения молодых психиатров.

В современных научных исследованиях подчеркивается, что отдельные немецкие психиатры начали говорить об актуальности реформ в сфере оказания психиатрической помощи в середине 60-х годов. Такие выводы были, прежде всего, обусловлены тем, что ФРГ отставала от других развитых государств в данной области в силу нацистского режима, военных действий, программой эвтаназии, пренебрежительным отношением к психически больным пациентам и так далее [132].

В то же время полномасштабный процесс реформирования психиатрической системы Германии начался после 70-х годов, к проводимому реформированию Немецкая психиатрическая ассоциация не проявляла никакого интереса.

Позже процесс реформирования начался и в Восточной, и в Западной Германии. Так, в Восточной Германии начались выдвигаться требования о проведении реформ по окончанию на уровне сообщества помощи и о дегоспитализации. Такие требования выдвигались со стороны группы психиатров-профессионалов. В то же время, в Западной Германии авторы Кискер, Хефнер и Байер выпустили книгу «Die Psychiatrieder Verfolgten», издание которой послужило началом процесса реформирования в Западной Германии психиатрической

системы. Основной мотивацией ученых было желание преодолеть отношение пренебрежительного характера к психически больным пациентам. Совместно с профессором Каспаром Кухленкампом они убедили Парламент Германии начать реформы. Начало реформированию было положено в результате создания Комиссии по психическому здоровью 1971 года [223].

Некоторые психиатры отправлялись за исследованием программы оказания коммуникативной социальной медицинской помощи и дегоспитализации в Англию, другие ездили перенимать опыт США в сфере реализации психиатрических реформ. После возвращения в Германию они начинали проводить соответствующие мероприятия организационного характера. Так была основана Немецкая ассоциация социальной психиатрии в 1970 г., которая была ориентирована на организацию на уровне общины психиатрической помощи, а также опора на принципы коммунальной психиатрии.

В отчете *Psychiatri Enquête*, составленном в 1975 г. Федеральной комиссией Бундестага отмечались основные цели реформирования психиатрической помощи. В рамках достижения поставленных целей было снижено в Германии количество психиатрических лечебниц, коек в психиатрических лечебницах. Однако, реформы привели к тому, что в Германии повысилось количество психически больных пациентов, которым по месту жительства оказывалась соответствующая помощь. Участие бывших психически больных пациентов и членов семей больных приобретало в оказании психиатрической помощи все большее значение.

Нормативное правовое регулирование психиатрической помощи в Германии осуществляется на основе законов и законодательных актов. Наиболее важными законодательными нормами в сфере регулирования немецкой психиатрической службы является постановление об укомплектовании персонала психиатрических лечебниц и законы о судебной психиатрии. Так же в государстве существует поддержка профилактики наркомании и программа лечения наркомании (с опорой на профилактику), опубликованная Министерством здравоохранения ФРГ.

Всемирная психиатрическая ассоциация (*World Psychiatric Association*) в 1996 г. начала Глобальную программу «Откройте двери» («*Open the Doors*»),

основной целью которой считается борьба с дискриминацией из-за шизофрении [303]. Данная программа была учреждена в 1999 г. в ФРГ и реализуется на сегодняшний день по всей стране в 6 проектных центрах. Инициатором программы стали неправительственная организация «Open the Doors» и Немецкое общество психиатрии, психотерапии и нервных заболеваний (German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases) [226, 250].

В Германии отсутствует федеральный закон о психическом здоровье, так как это противоречит конституционным правам. В случаях лишения дееспособности лицу назначается опекун со стороны суда. В то же время, германским законодательством сильно ограничены полномочия таких опекунов. О принудительном лечении пациента в психиатрической лечебнице может принять решение только суд, даже если такой пациент представляет опасность для окружающих [248, 254].

Именно поэтому со стороны Федеральной судебной палаты ФРГ было принято решение о принятии закона, который будет регулировать принудительное лечение. Такое решение было принято в 2012 г [155].

Англия.

В Англии, начиная с 1959 г., действовали программы оказания медико-социальной помощи и дегоспитализации пациентов, страдающих психическими расстройствами. Так, в 1959 г. в Великобритании вышел Закон о психическом здоровье. М. Джонс в 1961 г. преобразовал дом для психически больных людей в терапевтическое общежитие, положив начало практике, которая была аналогична практике Италии [174].

В современных условиях развития психиатрической помощи в Великобритании правовое регулирование находится в компетенции властных структур Уэльса, Северной Ирландии, Шотландии. На территории Англии соответствующими полномочиями обладает Правительство Великобритании [281].

Основными законодательными документами Англии, которые направлены на регулирование оказанием психиатрической помощи, являются:

- Закон о психическом здоровье Уэльса [283].

- Закон Северной Ирландии о психическом здоровье [312].
- Закон Шотландии о психическом здоровье [282].
- Закон об умственной дееспособности [278].
- Закон о психическом здоровье [279].

В рамках выделенного законодательства Англии пациенты, страдающие психическими расстройствами, могут быть размещены в психиатрические лечебницы без их согласия, т.е. принудительно [240]. Английское Правительство так же осуществляет разработку и реализацию ряда программ и стратегий в сфере осуществления защиты психического здоровья граждан.

По данным 2013 г. показатель койко-мест в психиатрических лечебницах Англии составляет 0,517 на 1 тыс. населения [127]. В то же время, во введении Национальной службы здравоохранения Англии находятся больницы по размещению на полный день больных пациентов. Согласно данным 2015 г. количество таких больниц составляет 215 единиц, из которых в психиатрических лечебницах находится 19 273 тыс. койко-мест [286]. Ежегодно, как отмечается в научных исследованиях, наблюдается снижение общего количества койко-мест [317].

Современные ученые отмечают, что в Англии долгосрочной целью политических структур стало формирование общинных альтернатив больничному лечению психически больных пациентов [243].

Кроме того, как свидетельствует анализ международного законодательства, в реализации пяти основных направлений Европейского пакта о психическом благополучии и здоровье принимает активное участие Англия [239]:

- борьба с социальной изоляцией и стигмой;
- психическое здоровье пожилых;
- психическое здоровье на рабочем месте;
- психическое здоровье молодежи и образование;
- профилактика суицида и депрессии.

За последние тридцать лет в большей степени подвергались изменению службы охраны психического здоровья граждан в Великобритании. Вместо модели лечения долгосрочного и экстренного характера стала использоваться модель общинного ухода, которую осуществляли команды в сфере охраны психического здоровья граждан. Таким образом, помощь стала оказываться на дому, но для нуждающихся в долгосрочном лечении остался открытым доступ к специализированным подразделениям больниц.

3.2. Анализ нормативной правовой базы, регламентирующей предоставление медицинской, в том числе стационарозамещающей помощи, психиатрическим больным в Российской Федерации

В условиях российского законодательства охрана здоровья населения считается государственной приоритетной задачей. Закрепление данной нормы осуществлено в Конституции Российской Федерации. Так, согласно законодательной диспозиции ст. 41 Конституции РФ [97], в РФ каждый гражданин имеет конституционное право на охрану здоровья, а также получение соответствующей медицинской помощи. В учреждениях муниципального и государственного характера в сфере здравоохранения оказание медицинской помощи осуществляется за счет страховых поступлений и поступлений иного характера, средств бюджета, т.е. оказывается бесплатно.

Конституция РФ, провозглашая человека, его права и свободы главной ценностью, указывает в статье 2 на обязанность государства их признавать, соблюдать и защищать согласно нормам международного права. Конституция не только провозглашает основополагающие принципы страны, но и является базой для развития законодательства, в том числе и в области охраны здоровья. В то же время, свободы и права человека определены в ст. 18 Конституции, которые, в свою очередь, определяют содержание и особенности реализации российских законов, обеспечения правосудия, а также деятельность органов исполнительной, законодательной и судебной власти. Основной функцией российского

законодательства в сфере здравоохранения считается регулирование в правовом аспекте общественных отношений в сфере реализации конституционных прав на медицинскую помощь и охрану здоровья [88].

Как и в конституционных положениях, так и в законодательных диспозициях ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [22] отмечается, что в сфере здравоохранения должны реализовываться следующие основные положения:

- Ответственность государства и государственных органов за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.
- Доступность социальной и медицинской помощи.
- Обеспечение гарантий государства в сфере охраны здоровья граждан.
- Равенство граждан в сфере охраны здоровья.

В то же время, в ст. 1 и ст. 2 Конституции РФ сказано, что для государства одной из наиболее приоритетных функций является осуществление гарантированной защиты свобод и прав гражданина и человека. Именно поэтому среди приоритетных государственных задач в исследуемой области могут быть выделены следующие задачи:

- Формирование условий социально-экономического характера, которые способствуют снижению количества и уменьшению уровня воздействия факторов отрицательного характера на человека.
- Реализация программ целевого характера на региональном и федеральном уровне, которые ориентированы на обеспечение эпидемиологического и санитарного благополучия граждан.
- Повышение доступности и улучшение качества медицинской помощи.

В области охраны здоровья Конституция РФ исходит из положений Всеобщей декларации прав человека Генеральной ассамблеи, Конвенции о защите основных прав и свобод человека. Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии, медицины и др.

«Основной закон страны в соответствии с нормами международного права включает в обязанность государства охрану здоровья людей (часть 1 статьи 7), в Конституции признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Конституция РФ закрепляет разграничение предметов ведения в сфере здравоохранения между РФ, ее субъектами и муниципальными образованиями» [22].

Положения Конституции РФ, касающиеся охраны здоровья граждан, получили свое развитие и детализацию в специальных законодательных актах, непосредственно посвященных охране здоровья граждан [22].

«Правовое регулирование вопросов охраны здоровья граждан РФ представлено достаточно широким спектром законов и подзаконных актов. Фундаментальные принципы решения этого вопроса на государственном уровне определены» [22] в Федеральном Законе от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323), «который призван регулировать правовые, организационные и экономические и иные вопросы правоотношений, возникающие в сфере охраны здоровья граждан» [22].

Федеральным Законом от 21.11.2011 года № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» определены общеправовые принципы:

- законность;
- социальная свобода;
- единство обязанностей и прав юридического характера;
- демократизм;
- единое равенство перед законом.

В законе дано определение доступности и качества медицинской помощи. В современном понимании доступность медицинской помощи представляет собой беспрепятственный доступ ко всем службам и уровням в системе здравоохранения независимо от географических, социальных, экономических, организационных, культурных или языковых возможностей государства. Получение должного уровня психиатрической помощи не должно быть ограничено медицинскими причинами и социальными условиями.

В Российской Федерации для «обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи» [22] соответствующим методическим обеспечением считаются «Порядки и стандарты медицинской помощи» [22], которые «разработаны отраслевым министерством» [22]. Согласно ч. 1 и ч. 2 ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ, на территории России все учреждения и организации здравоохранения должны реализовывать такие Порядки. Так же в законодательном источнике отмечается, что такие Порядки и особенности их реализации утверждаются Министерством здравоохранения РФ – соответствующим органом исполнительной власти.

Российское правительство, опираясь на международные документы в сфере защиты прав психически больных, утвердило основной правовой документ, направленный на регулирование норм оказания помощи таким гражданам, а также на охрану их психического здоровья.

В России оказание помощи психиатрического характера осуществляется в согласовании с Законом РФ от 02 июля 1992 года № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [22, 76]. Выделенный нормативный источник, прежде всего, направлен на осуществление правового регулирования деятельности психиатрической службы и правовой защиты психически больных граждан.

Задачей разработки и деятельности Закона № 3185–1 считается оптимизация и повышение эффективности психиатрической помощи в области повышения ее гуманности, эффективности и демократичности. Прежде всего, это нужно в силу того, что в некоторых случаях специфика протекания психического заболевания требует использования принудительных мер в отношении лиц, которые не осознают характер собственных поступков и характер заболевания, и могут для окружающих и самих себя представлять опасность.

К сферам правового регулирования относятся:

1. Защита общества в связи с вероятностью осуществления психически больными опасных действий.
2. Положение лиц, которые имеют психические расстройства, в обществе.

3. Деятельность медицинских сотрудников, которые оказывают психиатрическую помощь.

4. Обязанности государства и иные аспекты, которые связаны с помощью психически нездоровым людям.

Структура указанного Закона включает в себя пятьдесят статей, которые объединены в шесть разделов.

Первый раздел Закон № 3185-1 освещает общие положения, нормы, предусматривает гарантированность психиатрической помощи государством, которая осуществляется «на основе принципов правозащитного подхода» [22]. Лица, с психическими расстройствами, наделены всеми правами, свободами, предусмотренными Конституцией РФ, имеют право на информацию о характере имеющихся у них психических расстройств, в доступной форме, учитывая их психическое состояние.

В первой части Закона № 3185–1 указывается на недопустимость ограничения прав и свобод граждан исключительно в связи с психиатрическим диагнозом или же в связи с тем, что данное лицо наблюдается в психиатрическом учреждении либо госпитализировалось в психиатрический стационар.

Статьи первого раздела Закона № 3185–1 регламентируют ограничение некоторых видов деятельности у пациентов, имеющих психические расстройства, а также запрет на требования о сведениях состояния психического здоровья пациента, за исключением тех случаев, которые предусмотрены Законом № 3185–1. Законом № 3185–1 предусмотрено получение от психически нездорового лица согласия на лечение. В данном случае могут быть и исключения, когда госпитализация осуществляется принудительно, либо по судебному постановлению осуществляется применение принудительных мер медицинского характера. В этой же главе прописана статья, в которой определен порядок психиатрического обследования для военной экспертизы – годность гражданина к военной службе.

Второй раздел Закона № 3185–1 посвящен нормам, определяющим обеспеченность психиатрической помощью; виды психиатрической помощи,

гарантированные государством; социальную защиту лиц с психическими расстройствами. Так, в пункте 2 статьи 16 Закона № 3185–1 прописано, что, «для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, государство создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов».

В третьем разделе содержится основанная информация о лицах, которые оказывают соответствующую помощь психиатрического характера, а также о таких учреждениях, о правах и обязанностях медицинских работников и других специалистов. Отмечается исключительность врача-психиатра в вопросах установления диагноза, обоснование оказания пациенту специализированной помощи по профилю психиатрия в недобровольном порядке. В этом же разделе определено положение независимости врача-психиатра в вопросах оказания психиатрической помощи гражданам, гарантии, льготы врачам-психиатрам и иному персоналу, который принимает участие в оказании психиатрической помощи.

В указанном законодательном источнике основное положение занимает раздел 4, в котором рассматриваются порядок оказания и виды оказания психиатрической помощи. В диспозиции законодательного источника сказано, что психиатрическая помощь в амбулаторных условиях должна осуществляться в форме лечебной и консультативной помощи. При этом, следует подчеркнуть, что требуется принимать во внимание, как за помощью обратилось лицо, страдающее психическим расстройством: самостоятельно или в форме диспансерного наблюдения. Во втором случае требуется помнить об установлении независимости согласия психически больного лица, в силу чего требуется осуществление наблюдения за состоянием здоровья при совершении осмотров на регулярной основе. Решение об установлении лицу диспансерного наблюдения является прерогативой комиссии врачей-психиатров. В этом же разделе определена служба защиты прав больных, которые находятся в психиатрических стационарах. Разъяснены основной порядок и существующие основания для помещения лиц в психоневрологические учреждения социального обеспечения. Кроме того,

осуществляется регламентация порядка помещения в такие учреждения несовершеннолетних граждан и их законные права.

Несомненным достоинством данного раздела Закона считается процессуальная часть, в которой содержится разработанный алгоритм действий, направленный на оказание помощи психиатрического характера. При этом в разделе отмечены участники такого процесса, последовательность и сроки оформления соответствующих документов. Разработка такой процессуальной части способствовала соблюдению требований российского законодательства в более полной мере. Как отмечают юристы, врачи-психиатры, в настоящее время, Закон № 3185–1 является одним из самых исполняемых нормативно-правовых актов в медицине.

Недобровольная госпитализация и освидетельствование (статьи 23, 29 главы 4 Закона № 3185–1 могут быть проведены в тех случаях, когда гражданин находится под диспансерным наблюдением или демонстрирует действия, дающие основание заподозрить у него наличие тяжелого или развитие острого психического состояния. По Закону № 3185–1 такими основаниями являются: непосредственная опасность гражданина для себя и окружающих; или его беспомощность, или существенный вред его здоровью, если такой человек будет оставлен без психиатрической помощи.

После помещения гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке, он подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров данного психиатрического учреждения в течение 48 часов. Данная комиссия врачей-психиатров рассматривает вопрос об обоснованности госпитализации гражданина в психиатрический стационар.

Раздел пятый рассматривает контроль и прокурорский надзор за работой по оказанию психиатрической помощи. Уделено должное внимание контролю общественных объединений и организаций за соблюдением реализации правозащитного подхода в случае их обращения за психиатрической помощью.

Заключительный, шестой раздел Закона № 3185–1 посвящен порядку обжалования действий лиц по оказанию психиатрической помощи.

Закон № 3185–1 предоставляет и устанавливает возможность обжаловать действия в сфере осуществления психиатрической помощи заинтересованным лицам: психически нездоровым людям, а также представляющим их интересы организациям и лицам, которым такое право предоставлено прокуратурой, судом и так далее.

Применение Закона № 3185–1 привело к заметному повышению правовой культуры в вопросах оказания психиатрической помощи.

В соответствии со статьей 15 Конституции РФ принципы, документы и нормы международного права, имеющие общественное признание являются частью российской правовой системы и, в случае возникновения спора интересов, обладают преимуществом по сравнению с нормами Российского законодательства. В Законе № 3185-1 отражен и решен вопрос о нормах, их соотношении с международными договорами в РФ.

Закон № 3185–1 является основой для формирования законодательства в психиатрии. Так, Перечень противопоказаний, соответствующих профилю психиатрия утвержден постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 года № 377. Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную помощь утверждено Постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 года.

Закон № 3185–1, входящий в законодательство РФ о здравоохранении, не является обособленным, он работает с отраслевыми законодательствами – гражданским, трудовым, семейным, социальным, военно-служебным и другими отраслевыми документами. Проведение судебно-психиатрических экспертиз согласно статья 14 Федерального закона от 31 мая 2001 года № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», взаимодействует с Гражданским процессуальным и Уголовно-процессуальным кодексами РФ [188].

В результате принятия Закона № 3185–1 в сфере оказания населению психиатрической помощи была отмечена динамика положительного характера по нескольким параметрам:

1. Снятие ограничений разного рода, которые «следуют по факту обращения» [22] в психиатрическую лечебницу или наличия диагноза о психическом расстройстве.

2. Снижение количества пациентов, которым в недобровольном порядке оказывается соответствующая психиатрическая помощь.

3. Создание законодательной базы, определяющей «единый порядок деятельности психиатрических учреждений» [22].

4. Повышение уровня информированности о «деятельности психиатрических учреждений» [22], льготах, правах и обязанностях и прочее для пациентов и их семей.

5. Более обоснованное и взвешенное применение недобровольной помощи в рамках дифференцированного подхода.

6. Расширение возможностей психиатрических учреждений в оказании пациентам правовой и социальной поддержки с помощью введения специалистов в штат в лице социальных работников и юристов.

В результате реализации выделенных выше мер к психиатрической службе у российских граждан снизилось недоверие и напряженность.

Бесспорным является тот факт, что Закон № 3185–1 является основным нормативно-правовым документом, устанавливающим принципы оказания психиатрической помощи в РФ. Однако в Законе имеются некоторые недостатки, неточности, в том числе, связанные с терминологией.

Однако, анализ российского законодательства свидетельствует о том, что в нём отсутствует четкое и подробное «определение термина “тяжелое психическое расстройство”» [22].

Основные проблемы, которые были определены в Законе № 3185–1, схематически представлены на рисунке 1.

Белостоцкий А.В. с соавт. отмечают «негативное влияние субъективных факторов в исполнении Закона № 3185-1 в виде неполной регистрации недобровольной госпитализации или отказа в помощи таким пациентам, что расценивается как дефекты должного оформления медицинской документации.

Судебное разбирательство при госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке не представляет проведения доказательной процедуры. Законом № 3185–1 не предусмотрено установление права госпитализированного в недобровольном порядке пациента возбуждать проведение судебного контроля за его госпитализацией» [22].

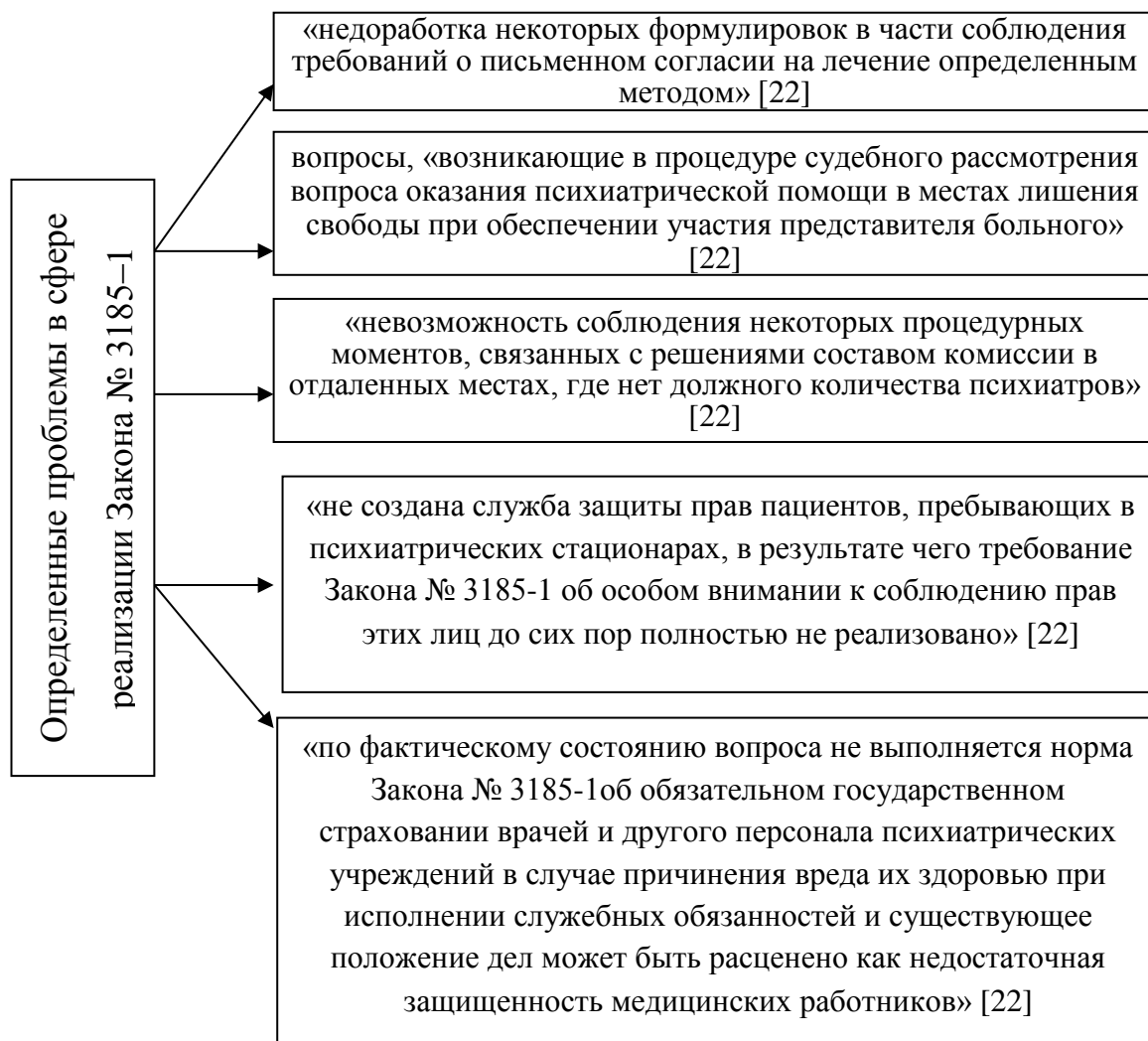


Рисунок 1 - Основные проблемы, которые были определены в Законе № 3185–1

Высокая значимость и необходимость решения проблем в сфере организации помощи внебольничного характера психически больным лицам способствовала выходу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития) от 17.05.2011 года № 566н об утверждении «Порядка

оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Порядок) [148,179]. В нем, как правило, определены основные правила для оказания пациентам с психиатрическими расстройствами медицинской помощи в медицинских учреждениях. В Порядке одним из наиболее основных аспектов считается четкое определение особенностей предоставления помощи медицинского характера при поведенческих и психических расстройствах. В первую очередь, исследуемым Порядком был определен формат добровольного оказания помощи, кроме регламентированных российским законодательством случаев. В экстренной форме помощь оказывается пациентам, у которых наблюдается угрожающее жизни состояние.

Совокупность подразделений структурного характера, которые занимаются непосредственным оказанием помощи медицинского и реабилитационного характера для пациентов с психическими расстройствами, разработана в согласовании с Порядком. Так же в согласовании с ним разработано штатное расписание таких структурных подразделений, в которых, в частности, выделяются и специалисты по социальной работе, и клинические психологи. Прежде всего, как следует отметить в рамках настоящего исследования, такой факт стал весьма существенным в сфере расширения основных возможностей для осуществления в психиатрических учреждениях указанной работы.

Л.М. Иванов, Л.М. Андреева отмечают, что многообразие и результативность воздействий реабилитационного и лечебного характера находятся в непосредственной зависимости от уровня организации службы структурных подразделений, их взаимодействия и координации, а также от уровня квалификации сотрудников таких подразделений [79].

Как отмечают современные исследователи Л.В. Шукиль, Т.Ф. Волчкова, А.Д. Шелер, А.И. Чеперин и соавт., в сфере оказания психиатрической помощи больным лицам основной целью считается восстановление статуса семейного, социального, психологического и психиатрического характера пациентов. С помощью реализации такой цели, как отмечают ученые, им можно будет реинтегрироваться в общество с учетом

предпосылок клинического характера. При этом при реализации такой цели требуется использовать биопсихосоциальный подход, позволяющий достичь многие мероприятия реабилитационного характера [212].

Первичная специализированная медико-санитарная «помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, во взаимодействии с иными врачами-специалистами» [22].

«Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи» [182] осуществляет свою деятельность в условиях амбулаторной службы в соответствии с требованиями Порядка, оказывает помощь «психически больным, состояние которых требует усиления терапии, психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации. Так, это отделение представляет альтернативу стационарной психиатрической помощи во внебольничных условиях, в том числе по месту жительства пациентов.

Специализированная медицинская помощь» [182] «при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается врачами-психиатрами» [22] и включает в себя диагностику и лечение психических расстройств и расстройств поведения, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Как отмечается в этом законодательном источнике и подкрепляется научными воззрениями современных ученых, при поведенческих и психических расстройствах скорая, в частности, специализированная скорая помощь выступает в качестве врачебных выездных и фельдшерских бригад, либо же в качестве медицинской эвакуации в экстренных случаях [89, 231].

Наличие в разработанном Порядке видов медицинских организаций, а также соответствующих им подразделений структурного характера стало значимым внедрением. Именно такие структурные подразделения оказывают соответствующую помощь психиатрического характера. М.Г. Карайланов пишет, что, в частности, среди таких учреждений могут быть выделены:

- психиатрическая больница;

- кабинет участкового врача-психиатра;
- психоневрологический диспансер и так далее [23, 83].

Порядок регулирует основные вопросы о необходимости этапности в оказании помощи психиатрического характера с переводом пациентов в дневной стационар.

Этап амбулаторного лечения с вступлением в силу Порядка был укреплен соответствующими подразделениями структурного характера. Среди таких подразделений О.О. Папсуев, А.В. Палин и А. В. Нарышкин выделяют:

- отделение психиатрической неотложной помощи;
- медико-реабилитационные отделения;
- отделения интенсивного оказания психиатрической помощи [128].

В силу того, что были открыты круглосуточные посты по работе в сфере психиатрической неотложной помощи, пациенты, которые проживали в районах обслуживания, смогли получать на дому соответствующую помощь круглосуточно. Кроме того, была обеспечена возможность осуществления взаимодействия со скорой психиатрической помощью, стационаром и диспансером, так как неотложная психиатрическая помощь была наделена соответствующей ответственностью в сфере купирования обострений заболеваний психического характера.

В результате осуществления подобного расширения амбулаторного этапа, по мнению Н.Т. Акпышарова, возможно повышение качества и доступности психиатрической помощи, а также выведение психиатрии за рамки проблем медицинского характера, акцентируя внимание на методах и формах социального характера в области оказания помощи пациентам [3]

Актуализация работы консультативного и профилактического характера является еще одним достижением Порядка. Психиатрическая, психотерапевтическая и медико-психологическая помощь оказывается отделением «Телефон доверия», кабинетом медико-социально-психологической помощи и пр.

Однако следует отметить, что Порядок в редакции 2012 года имел ряд положений, требующих доработки и конкретизации. К 2018 году проведена доработка и пересмотр некоторых положений, экспертами Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» сформулированы замечания и предложения к проекту приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н» [22].

Вступивший в силу приказ Минздрава РФ № 620н от 13.09.2018 г. «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н» [22, 148, 149] (далее – приказ № 620н) предусматривает некоторые изменения.

В частности, сокращен стандарт оснащения лаборатории и физиотерапевтического отделения психиатрической больницы. Из обязательного списка оснащения кабинетов и отделений психоневрологического диспансера исключено неактуальное в настоящее время оборудование: секундомер, диктофон, телевидеокомплекс, проектор с настенным экраном и т.д.

Стандарт оснащения психиатрического диспансера также претерпел изменения: из списка обязательного оборудования устранены реоэнцефалограф, аппарат для электростимуляции, аппарат для терапии синусоидальными модулированными токами и т.д.

Кроме того, приказ № 620н изменяет ссылки утративших силу нормативных актов на актуальные в настоящее время.

Внесенные изменения в Порядок продолжают выбранную ранее стратегию правозащитного подхода в оказании психиатрической помощи, позволят упростить процедуру открытия новых подразделений и учреждений именно стационарозамещающего типа (психоневрологические диспансеры с койками

дневного пребывания, модули психического здоровья и т.д.) и актуализируют принятие мер организационного характера для обеспечения должного Порядка.

К федеральному законодательству, регулирующему порядок оказания психиатрической помощи, помимо описанных выше документов относится и Федеральный закон от 22 августа 2004 года № 122 «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных Законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный Закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее Закон № 122) [189], который регулирует отношения в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, являющегося одним из направлений деятельности по социальной защите населения, устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для граждан пожилого возраста и инвалидов, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе и др.

Это значительный по объему и содержанию закон, который принципиально меняет подходы к регулированию многих социально-трудовых вопросов с точки зрения их финансирования, разграничения ответственности прав РФ и субъектов РФ, порядка установления различных выплат, размера льгот, компенсаций, условий труда, в том числе, и для лиц с психическими заболеваниями и отклонениями.

Федеральный закон является уникальным, хотя и уникальность его имеет больше спорных вопросов. Одним законом вносятся изменения более чем в 150 федеральных законов. Наряду с изменениями, характер которых отражен в названии Закона № 122 – а именно «направленные на разграничение полномочий между федеральными органами, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления» – вносятся и существенные изменения в ряд

федеральных законов, которые не могут быть объяснены с точки зрения указанного разграничения.

Закон, как следует из его названия, вносит четкое разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления.

Выполнение норм Закона № 122 должно было решить ряд насущных социальных вопросов и обеспечить индивидуальный подход, соответствующий потребностям граждан. Так, для решения проблемы необеспеченности существующих льгот финансированием, по мнению разработчиков законопроекта, достаточно провести замену на ежемесячные денежные выплаты как меру социальной адресной поддержки граждан.

Как отмечают Шишков С. Н. и Гречишкина Н.А., в Законе № 122 (ст. 17) финансовое обеспечение помощи психиатрического характера, в силу разграничения предметов ведения между разными уровнями органом власти, относится к расходному обязательству России и ее субъектов. В то же время, в ст. 17 прежней редакции Закона была предусмотрена соответствующая возможность финансирования психиатрической деятельности из фонда медицинского страхования, фонда здравоохранения и так далее [207].

Н.А. Гречишкина и С. Н. Шишков пишут, что контроль над деятельностью учреждений психоневрологического и психиатрического характера должен возлагаться непосредственно на федеральный орган и региональные уполномоченные органы исполнительной власти. Так, из системы муниципального здравоохранения была изъята деятельность по оказанию помощи психиатрического характера. Такая деятельность была передана на уровень субъектов РФ и на федеральный уровень, но была сохранена частная система здравоохранения. Частная система здравоохранения стала включать в себя врачей-психиатров, которые были зарегистрированы в качестве индивидуальных предпринимателей, а также медицинские организации, которые оказывают соответствующую помощь психиатрического характера. При этом лишь при

наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности допускается оказание любым субъектом помощи психиатрического характера [207].

В области оказания психиатрической помощи, некоторые отношения, связанные с деятельностью, регулируются также нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации. К таким актам, в частности, относятся: Постановление Правительства РФ от 25 мая 1994 года № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» (далее – Постановление) [139], согласно которому в целях реализации Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [24] в части обеспечения гарантированных государством видов психиатрической помощи были утверждены Положения:

- об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь;

- о лечебных предприятиях государственного значения для проведения дополнительного образования с целью приобретения новой профессии и варианты трудоустройства на этих предприятиях, использование потенциала трудовой терапии для лиц с ограниченными возможностями здоровья по причине психического расстройства;

- об обеспечении доступного жилья в форме общежитий для больных психиатрического профиля с утратой функции поддержания социальных связей.

В Постановлении предпринята попытка актуализации и внедрения социальной работы с людьми, имеющими ментальные нарушения.

Одним из направлений деятельности врача-психиатра является определение возможностей осуществлять трудовую функцию, содействие в трудоустройстве и решение организационных вопросов по обеспечению социально-бытовых нужд больных с ментальными нарушениями. Данный вид профессиональной деятельности подразумевает принятие мер административно-организационного характера по содействию пациентам в оформлении, получении, а иногда и простом информировании о необходимых льготах в части реализации права на бесплатное медикаментозное лечение и жилищно-коммунальные льготы. За врачом-

специалистом закреплено право в рекомендательной форме вносить предложения и заявления администрациям организаций, а также местным органам власти по решению трудовых вопросов и проблем социально-бытового плана, неизбежно возникающих при социализации больных с психическими нарушениями.

Особые полномочия закреплены за специалистом узкого профиля в психиатрии при решении вопроса о трудоустройстве пациентов. Для полноценного и оптимального осуществления данного вида деятельности возможно в рамках своих должностных полномочий установление контактов с предприятиями и учреждениями в подведомственной территории, а также органами по трудоустройству. В качестве выхода из сложной социально-трудовой ситуации лицам с существенными ограничениями ментального здоровья могут быть предоставлены возможности работы в лечебно-трудовых мастерских или предприятиях с лечебно-производственной спецификой.

Указанный подход имеет вполне легитимное основание в качестве разработанного и утвержденного Постановлением Положения о подобного рода организационных структурах, в том числе и имеющего статус структурного подразделения медицинского учреждения, оказывающего психиатрическую помощь.

Особую актуальность в настоящее время приобретает вопрос выбора организационной формы оказания помощи и социальной защиты больным психиатрического профиля и определение необходимого спектра всех видов учреждений стационарной и внестационарной помощи, с учетом возможностей, по месту жительства пациентов. Возможности реализации данного требования оговорены в Положении об учреждениях, оказывающих стационарную и внестационарную помощь больным психиатрического профиля.

Одним из самых оптимальных вариантов социального устройства лиц психиатрического профиля, имеющий вид стационарозамещения является организация общежитий, которые создаются при лечебных учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь или государственных предприятиях, использующих труд подобного контингента населения. Следует подчеркнуть

необходимость организации и решения всех вопросов социального закрепления проживающих в общежитии граждан, а именно пребывания предполагает прописку в общежитии, предоставление возможности трудоустройства на предприятии и т.д. Необходимо отметить, что важным правозащитным моментом является обеспечение свободы выбора условий жизни и работы и перспективы удовлетворительной социальной адаптации, по результатам которой человек может принять решение о самостоятельном проживании. Контингентом для подобной формы стационарозамещающей помощи могут служить значительная доля больных, дезадаптированных в результате течения психического расстройства или пациенты, которые по тем или иным причинам утратили социальные связи и как следствие заболевшие психическим расстройством.

Следует пояснить исторический аспект данного процесса для изыскания возможности внедрения корректирующих мероприятий. В течение многих десятков лет закрытие учреждения для больных психическими заболеваниями являлись по сути единственным и изолированным местом содержания и, порой, постоянного проживания людей, имеющих инвалидность по данным заболеваниям. Примерно с середины XX века во всем мире происходил поэтапный процесс внедрения правозащитного подхода и, как следствие, отказ от устаревшей системы проживания таких больных. Именно принятие международным сообществом КПИ, ратифицированной Россией в 2012 году послужило толчком к тому, что большинство развитых стран, в частности РФ, находятся на сегодняшний день в стадии полной ликвидации интернатов. При этом, как свидетельствует проведенный анализ, некоторые страны полностью завершили такую стадию. В зарубежных государствах в основу проведения деинституализации системы интернатов были положены технологии замещения стационаров и принципы нормализации, которые в своем содержании имеют услуги комплексного характера по сопровождению трудоустройства, дневной социальной занятости, проживания:

- сопровождаемое проживание представляет собой комплекс услуг по стационарному замещению, который обеспечивает наибольшую

самостоятельность проживания вне стационарных учреждений социального обслуживания;

- технологии и формы стационарозаменения – методы и формы предоставления услуг социального характера для граждан, которые непосредственно нуждаются в обслуживании в стационаре, вне учреждений стационарного типа. Такие услуги должны для нормализации жизни граждан быть достаточными и предоставляться в требуемом объеме [12].

На сегодняшний день имеется успешный зарубежный и отечественный опыт реализации стационарозаменяющих технологий, альтернативных интернатному содержанию.

В России также отмечена тенденция к развитию подобного рода технологий, однако отсутствие системного подхода приводит к ситуации, когда преимущественно развитие происходит силами родительских ассоциаций и социально-ориентированных НКО. Как справедливо указывается в информационно-методическом сборнике, такие организации в пределах собственных возможностей ориентируются на формирование дневной занятости, условий достойного проживания социальной интеграции детей в социум при достижении 18 лет, обеспечение им наибольшей жизненной самостоятельности и пр. [47].

Кроме того, в настоящее время можно наблюдать большое число примеров законодательных решений и социального партнерства в регионах страны с привлечением к вопросам организации сопровождения с привлечением социально-ориентированных объединений.

В России на сегодняшний день сформирован практически в полном объеме социальный запрос на внедрение и развитие технологий стационарозаменения. Такие технологии, прежде всего, включают в себя услуги комплексного характера по сопровождению проживания с обеспечением для граждан социальной сопровождаемой дневной занятости или сопровождаемого трудоустройства. Преимущественно в российских реалиях развитие указанных форм и технологий

осуществляется силами родительских ассоциаций и социально-ориентированных НКО, направленных:

- на обеспечение социальной интеграции и максимальной жизненной самостоятельности собственных детей в социум по достижению ими 18 лет;
- на создание достойных условий дневной занятости и проживания [118].

Кроме этого, в правовом поле РФ в аспекте обеспечения социальных свобод и гарантий больным с ментальными нарушениями до сих пор не закреплено понятие сопровождаемого проживания. Исходя из анализа зарубежного и отечественного опыта, сопровождаемое проживание определяется, как комплексная услуга, включающая в себя предоставление социально-бытовых, социально-медицинских, социально-педагогических, социально-психологических, социально-правовых, социально-трудовых услуг и услуг в целях повышения коммуникативного потенциала, направленных на создание условий для жизни инвалида в привычных нестационарных условиях проживания и на формирование навыков для максимально возможной самостоятельной жизни [176].

3.3. Законодательство о психиатрической помощи в городе Москве

Правовой основой охраны здоровья населения города Москвы являются Конституция Российской Федерации, Федеральные Законы, нормативные правовые акты российской Федерации, общепризнанные принципы, нормы международного права и международные договоры Российской Федерации, устав города Москвы, иные правовые акты [22].

В Законе города Москвы от 17.03.2010 № 7 «Об охране здоровья в городе Москве» (Закон № 7) достаточно подробно изложены принципы реализации государственной политики в сфере охраны здоровья населения города Москвы; представлена государственная система здравоохранения города Москвы; определена Территориальная программа государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи; широко представлены целевые программы в сфере здравоохранения, направленные на

развитие здравоохранения, профилактику заболеваний и решение многих других вопросов в сфере охраны здоровья населения города Москвы; учтено информирование населения города Москвы о ситуации в сфере здравоохранения в городе Москве; созданы и обеспечены государственные гарантии охраны здоровья населения города Москвы, гарантии реализации прав жителей города Москвы в сфере планирования семьи и регуляцию репродуктивной функции, с защиты прав детей, государственные гарантии реализации прав несовершеннолетних жителей города Москвы в сфере охраны здоровья в реализации прав пациентов в городе Москве.

В статье 14 Закона № 7 определено место специализированной медицинской помощи в городе Москве. В статье 15 отмечены важность и значимость восстановительного лечения и медицинской реабилитации граждан, формирование здорового образа жизни граждан (статья 22).

Определены стандарты оказания медицинской помощи в соответствии с действием Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», контроль за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленной Федеральными стандартами в сфере здравоохранения города Москвы (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также помощи, оказываемой в Федеральных органах здравоохранения), осуществляется в порядке, установленном правовыми актами города Москвы в соответствии с Федеральным законодательством (статьи 22, 24, 26).

В целях совершенствования оказания медицинской помощи по профилю психиатрия в подведомственных организациях системы оказания медицинской помощи города Москвы, оказывающих психиатрическую помощь, и во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития населения от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» был издан Приказ Правительства Москвы ДЗМ от 29 декабря 2020 года № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических

расстройствах и расстройствах поведения» в подведомственных организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих психиатрическую помощь, определен реестр прикрепления территорий административных округов к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим психиатрическую помощь, согласно настоящему Приказу [22, 178].

Согласно положению Приказа Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 29 декабря 2020 года № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в подведомственных организациях государственной системы здравоохранения города Москвы должна быть реализована на основе принципов правозащитного подхода, закрепленного международными документами, о чём свидетельствует статья 1 указанного Приказа ДЗМ [22, 178].

Определены виды оказания помощи при психических нарушениях, а именно:

- первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе в психиатрических отделениях неотложной помощи;
- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь, в том числе в условиях дневного стационара [22, 178].

«Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается» [22] в добровольном порядке, кроме случаев, регламентированных законодательством РФ, и предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий, оказываемых в соответствии со стандартами (алгоритмами) стационарной медицинской помощи для взрослого населения по территориальному принципу.

Положением Закона № 7 «определен порядок оказания психиатрической помощи больным в круглосуточных психиатрических стационарах и в территориальных амбулаторных филиалах – психоневрологических диспансерах» [22].

«Регламентирован порядок принудительного стационарного, амбулаторного лечения (статья 26).

Положение регулирует Порядок организации эвакуации иногородних, иностранных граждан лиц без определенного места жительства к месту регистрации. Порядком регламентируется осуществление медицинской эвакуации для поддержания стабильного психического состояния, исключения резкого ухудшения состояния и, как следствие, - совершение действий, опасных для окружающих и самого пациента, что требует продолжения медицинских мероприятий в сопровождении медицинского персонала.

Эвакуация лиц, страдающих психическими расстройствами, из медицинских организаций государственной системы города Москвы, оказывающих специализированную (психиатрическую) медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, является видом психиатрической помощи и осуществляется по основаниям и в порядке, установленном статьями 3,4,5 Закона РФ от 02 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [22].

«Анализ нормативной правовой основы, регламентирующей предоставление медицинской, в том числе, стационарозамещающей помощи психически больным показал, что составной частью правовой системы РФ являются общепризнанные принципы и нормы международного права, а также международные договоры» [22].

Основополагающим международно-правовым актом в сфере защиты прав граждан с устойчивыми психическими, интеллектуальными нарушениями является Конвенция «О правах инвалидов», принятая Генеральной ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года. Статья 12 конвенции требует, чтобы меры, связанные с реализацией правоспособности инвалида «ориентировались на уважение прав, воли и предпочтений лица, были свободны от конфликтов интересов и неуместного влияния, были соразмерны обстоятельствам этого лица и подстроены под них, применялись в течение как можно меньшего срока и регулярно проверялись

компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебной инстанцией» [96].

Представленный документ ООН «в отношении охраны психического здоровья принимает парадигму правозащитного подхода, согласно которому психическое здоровье рассматривается как не просто **тревожный** вопрос здоровья или медицины, а в значительной степени вопрос прав человека, человеческого достоинства и социальной справедливости» [22].

Анализ основополагающей отечественной нормативной базы свидетельствует о том, что Конституция РФ своими статьями закрепляет охрану здоровья граждан, что является одной из важных функций и обязанностей Российского государства.

Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» [22] определяет общеправовые принципы: принцип социальной справедливости; принцип демократизма, равенства всех перед законом; принцип единства юридических прав и обязанностей и, соответственно, принцип законности; обеспечивает доступность и качество медицинской психиатрической помощи в РФ.

«Основным нормативно-правовым актом в отечественной психиатрии является Закон РФ от 02 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», полноценная реализация которого возможна с учетом коррекции недочётов: отсутствие подробного описания термина «тяжелое психическое расстройство»; нечеткость формулировок в требовании о письменном согласии больного на определенный метод лечения; трудности обеспечения нахождения и участия законного представителя больного в судебном процессе, целью которого является вопрос оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы; недостаточное соблюдение вопросов процедуры, связанных с комиссионными решениями в отдаленных местах с недостаточным количеством психиатров; не реализовано в полной мере требование Закона об особом внимании по соблюдению прав лиц с психическими расстройствами; частичное или неполное выполнение Положения об обязательном

страховании врачей и иного персонала в психиатрической службе РФ; недостаточно проработаны вопросы с недолжным оформлением госпитализации больных в недобровольном порядке» [22].

«Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» определил очередной этап развития в организации новых форм и видов деятельности в психиатрической службе РФ, в том числе, для ее амбулаторного звена, стационарозамещающей помощи психически больным» [22].

Анализ международной и отечественной нормативно-правовой базы свидетельствует, что в обществе сформирован запрос на нормативное правовое регулирование механизма оказания услуги сопровождаемого проживания, выявление форм и моделей сопровождаемого проживания, разработки перечня услуг и порядка их оказания, а также в определении целевой группы и критериев отбора для предоставления услуг по сопровождаемому проживанию.

Анализ приказа Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 29 декабря 2020 года № 1505 «"О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения"», приводит к заключению: несмотря на преимущества данного приказа и утвержденного им порядка совершенствования оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, сохраняется недостаточным внимание к оказанию внебольничной помощи, а именно, стационарозамещающей терапии» [179].

Резюме. В представленном разделе проведён анализ современного нормативного законодательства, регламентирующей оказание помощи психически больным, который предполагает осуществление проводимых реформ в оказании психиатрической помощи с акцентом на внебольничную помощь, обеспечение гуманных методов диагностики и лечения, реабилитации, обеспечением социальной поддержки больных.

ГЛАВА 4. НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ОЦЕНКИ ЕЕ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Амбулаторный психиатрический модуль – новая организационная модель оказания специализированной помощи психически больным

Реформирование психиатрической помощи в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», как и в целом в городе Москве, представлено несколькими этапами. Первый этап (2015 год) ознаменован присоединением психоневрологических диспансеров к психиатрической больнице в форме филиалов с «сокращением и частичным перепрофилированием коечного фонда» [23]. Вторым этапом реформ принято считать 2016 год, когда в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» проводилась дальнейшая реорганизация стационарного звена и развитие внебольничных форм психиатрической помощи населению. Третий этап реформирования (2016, 2017 годы) охарактеризован образованием «новой организационной формы - амбулаторного психиатрического модуля» [182]. Четвертый этап (2017 год) проводимых реформ представлен интеграцией данного модуля в общесоматическую сеть медицинских учреждений города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В «2016 году нами совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы и НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы была сформулирована Концепция развития психиатрической службы города Москвы, направленная на совершенствование условий для поддержания психического здоровья населения.

В данной Концепции представлена принципиально новая кластерно-модульная модель психиатрической службы столицы.

Согласно этой модели, кластер – территориальная единица, которая обслуживается многофункциональными подразделениями службы, работа которых регламентирована порядком оказания психиатрической помощи» [175].

«В структуре кластера функционируют: диспансерное отделение с амбулаторной участковой службой; кабинеты активного диспансерного наблюдения; дневной стационар; отделение интенсивного оказания психиатрической помощи населению; медико-реабилитационное отделение; психиатрическое отделение неотложной помощи» [175].

В состав одного кластера входят четыре амбулаторных психиатрических модуля, которые максимально приближены к месту обслуживания пациентов, что обеспечивает доступность данного вида медицинской помощи [176].

Функционирующий на базе ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» кластер состоит из трех модулей: головного и двух малых (рисунок 2).



ДО – диспансерное отделение, ДС – дневной стационар, ОИОПП – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, МРО – медико-реабилитационное отделение, ПОНП – психиатрическое отделение неотложной помощи, АДН – активное диспансерное наблюдение

Рисунок 2 - Кластерно-модульная модель ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»

«Головной модуль – это дополнительные площади и помещения для обслуживания населения всего кластера; в его структуру входит: диспансерное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, отделение неотложной психиатрической помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения, амбулаторного принудительного лечения» [176] (рисунок 3).

Головной модуль	S, m ²	Кадров	0
Участковая служба (АДН, АПНЛ, ПК, СБ)	703	58 ставок	
Дневной стационар	632	15 ставок	
Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи	367	11 ставок	
Психиатрическое отделение неотложной помощи	48	16 ставок	
Медико-реабилитационное отделение	450	12 ставок	
Кабинет платных услуг	18	5 ставок	
Всего	2218	117 ставок	
		врачи	средний медицинский персонал
		младший медицинский персонал	немедицинский персонал

Рисунок 3 - Головной модуль на базе психоневрологического диспансера

Малый модуль – «диспансерный модуль со стационарозамещающими службами» [176] (рисунок 4). «Он включает в себя диспансерные отделения, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи. Наряду с медицинским персоналом здесь работают сотрудники немедицинского

звена (клинические психологи и социальные работники). Создание малого модуля приблизило обслуживаемое население к оказанию психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи» [176] с полипрофессиональной «бригадной формой работы» [176].



Рисунок 4 - Малый модуль на базе психоневрологического диспансера

В «целом организация современной психиатрической службы предполагает оказание специализированной помощи преимущественно» [176] внебольнично, в «менее стесненных и не оказывающих значительного психотравмирующего воздействия на пациента условиях. При этом акцент сделан на расширение амбулаторной сети, диспансеров, обеспечение доступности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую ПМСП.

Организованы новые структурные формы психиатрической помощи для оказания круглосуточной неотложной психиатрической помощи на дому с целью «перехвата» больного до стационара с привлечением специалистов немедицинского профиля: психологов, социальных работников.

Амбулаторный психиатрический модуль – это новая организационная форма оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным, функционирующая на базе психоневрологического диспансера и в

соответствии с новой концепцией развития психиатрической помощи в городе Москве включающая: отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), психиатрическое отделение неотложной помощи (ПОНП), медико-реабилитационное отделение (МРО), а также, сохранившиеся структуры дневного стационара – диспансерное отделение с участковой службой.

Ключевым отличием новой модели является многообразие ассортимента стационарозамещающих технологий, способных обеспечить: продолжение лечения пациентов после курса интенсивной стационарной терапии; оказание психиатрической помощи по принципу «перехват» – купирование состояний декомпенсации и обострений у пациентов без госпитализации.

Деятельность амбулаторного психиатрического модуля предусматривает его взаимодействие с различными медицинскими организациями и ведомствами (ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы, правоохранительными органами, СС и НМП им. А.С. Пучкова, психиатрическими стационарами, многопрофильными ЛПУ, СПЭ и др.)» [176] (рисунок 5).

«Работа амбулаторного психиатрического модуля предполагает увеличение выявляемости психических расстройств, сокращение» [176] инвалидизации «больных с психическими заболеваниями, улучшение территориальной доступности психиатрической помощи, качества жизни пациентов и их родственников, «дестигматизацию» психиатрической помощи» [176].



Рисунок 5 - Структура и взаимодействие амбулаторного психиатрического модуля

«Важным отличием данной модели является многообразие стационарозамещающих форм, которые позволяют долечивать пациентов после курса интенсивной терапии, в частности, в таком структурном подразделении как отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, где есть все условия для своевременного предупреждения состояния декомпенсации и обострения заболеваний в стационарозамещающих условиях. Кроме того, такая «комплексная структура» как амбулаторный психиатрический модуль обеспечивает возможность» [176] постоянного контроля за «состоянием пациента, а также оказывать необходимую» [176] пациенту «медицинскую помощь своевременно и на догоспитальном этапе» [176] (схема возможной маршрутизации пациента при лечении в АПМ представлена на рисунке б).



Рисунок 6 - Схема маршрутизации пациента в амбулаторном психиатрическом модуле

Считаем целесообразным рассмотреть деятельность каждого структурного подразделения, входящего в состав амбулаторного психиатрического модуля.

1. Психиатрические отделения неотложной помощи (ПОНП)

Неотложная психиатрическая помощь в городе Москве оказывается «специализированными психиатрическими выездными бригадами СС и НМП им. А.С. Пучкова. Эти бригады» [176], состоящие из врача, фельдшера и санитаря оказывают пациентам экстренную помощь и, при необходимости, осуществляют госпитализацию.

С «2013 года в городе Москве организована и функционирует новая организационная форма оказания неотложной помощи психически больным – психиатрические отделения неотложной помощи (ПОНП). Организация и порядок работы психиатрических отделений регламентированы Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка

оказания медицинской помощи при психических расстройствах». В настоящее время эти отделения работают в круглосуточном режиме.

Основная цель ПОНП – оказание первичной специализированной помощи психически больным на дому при психотических расстройствах, не требующих экстренной специализированной помощи, и неопасных для жизни пациента и окружающих его лиц.

Бригада ПОНП(пост) состоит из врача и санитаря и оказывает неотложную медицинскую помощь пациентам на дому. Врачом определяется потребность в работе специалистов разного профиля, входящих в состав бригады ПОНП, – психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе.

Основной задачей ПОНП является оказание специализированной помощи на дому, что обусловит сокращение количества повторных госпитализаций, уменьшение числа выездов бригад СПП, оптимизацию работы по преемственности оказания психиатрической помощи и др.

В настоящее время ПОНП работают, обслуживая население города Москвы, в том числе и население, территориально прикрепленное к ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ». ПОНП ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» открыто в 2013 году (3 поста), обслуживает 11 районов ВАО и 5 районов ЦАО, прикрепленное население – 1,4 млн. человек. В 2013 году бригадами ПОНП было обслужено 2600 вызовов, в 2014 году – 4500 вызовов, в 2015 году – 7000 вызовов. ПОНП ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» действует с 01.12.2016 года (на момент открытия были сформированы 3 поста, в настоящее время с 2018 года функционируют 6 постов). Прикрепленное население – 4,3 млн. человек. В 2018 году бригадами ПОНП было выполнено 12600 вызовов к пациентам.

ПОНП ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» работает с 01.09.2017 года. В настоящее время функционируют 6 постов. Прикрепленное население – 5,6 млн. человек. В 2018 году этими бригадами было выполнено 127000 вызовов к пациентам.

На рисунке 7 представлено распределение вызовов, поступивших в ПОНП и их процентное соотношение. Выявлено, что наибольшее количество обслуженных

вызовов (64,3%) приходится на самостоятельные обращения населения, наименьшее – (1,6%) поступает из отделений полиции» [175].

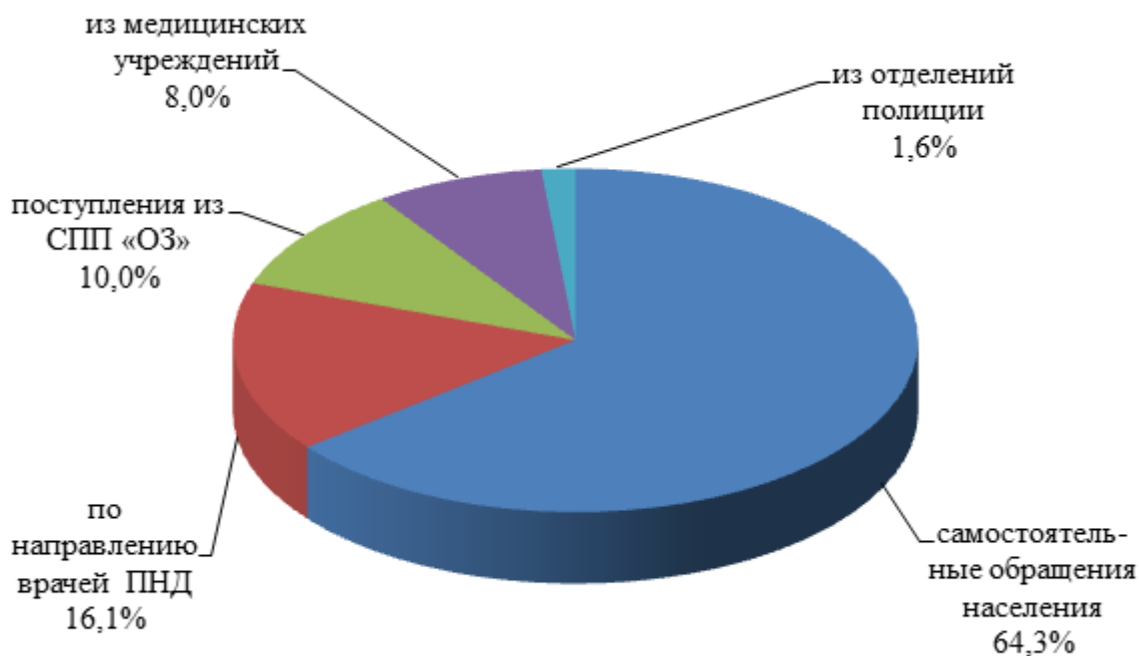


Рисунок 7 - Распределение вызовов, поступивших в ПОНП в 2018 г. (по данным ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ») (в %)

«Бригада ПОНП принимает под своё наблюдение и постоянный контроль купирование обострения заболеваний. Бригадой ПОНП» [175] после купирования обострения принимается решение о дальнейшей маршрутизации (пациент «после оказанной ему неотложной помощи и купирования острого состояния» [176] может поступить на долечивание к «врачу-психиатру участковой амбулаторной службы либо в дневной стационар» [176]) (рисунок 8).



Рисунок 8 - Схема взаимодействия ПОНП с другими структурными подразделениями, оказывающими психиатрическую помощь

Виды медикаментозной терапии, используемые специалистами ПОНП, представлены на рисунке 9. Так, в 62,4% случаев используется инъекционный метод лечения; в 12,7% случаев – применение таблетированных форм, в 23,4% случаев – сочетание применения инъекционной терапии и приема таблетированных форм и в 1,5% «случаев пациенты обходятся без медикаментозного лечения» [176].

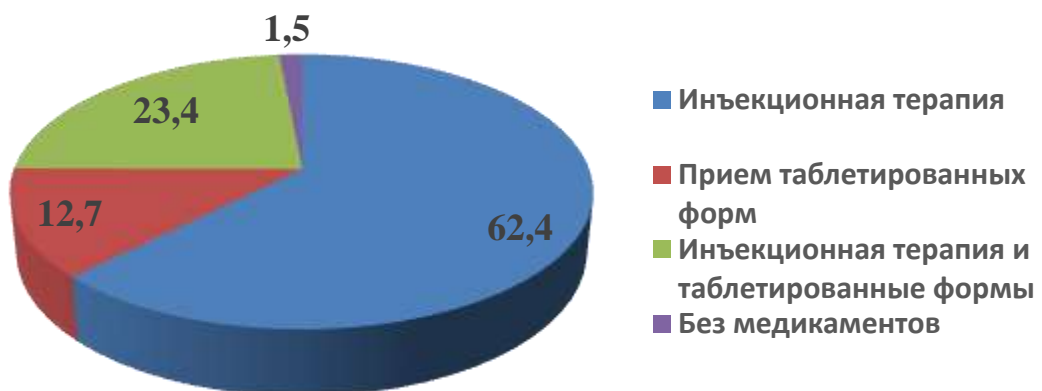


Рисунок 9 - Структура видов медикаментозной терапии, применяемой бригадами ПОНП (в %)

О необходимости внедрения «психиатрического отделения неотложной помощи» [176] (ПОНП) «свидетельствует:

- повышение медицинской и социальной результативности;
- сокращение числа регоспитализаций пациентов (на 20%);
- резкое снижение числа госпитализаций. За 10 месяцев работы ПОНП в 2019» [176] году из 1830 человек «госпитализированы были всего 470» [176] человек «(25,7%), в остальных случаях пациентам была оказана помощь на догоспитальном этапе» [176];
- «создание устойчивого промежуточного звена по оказанию психиатрической помощи между специализированным стационаром и внебольничными формами;
- адекватное восприятие специалистами модели оказания неотложной психиатрической помощи» [175].

2. Амбулаторное отделение

«Амбулаторное отделение новой организационной формы (амбулаторного психиатрического модуля) входит в структуру психоневрологического диспансера» [182]. «Поступление больных в амбулаторное психиатрическое отделение АПМ осуществляется по направлению врачей-психиатров стационарной службы, врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, также больные обращаются за помощью в психоневрологический диспансер самостоятельно.

В амбулаторное отделение в 2017 г. пациентами психиатрического профиля было сделано 81 591 посещений к врачам-психиатрам, в т.ч. 45 220 посещений по поводу заболевания (по плану – 54 982); 23 977 посещений с профилактической целью (по плану – 18 781); 12 394 обращения» [182] (по плану – 7 239). При этом выявлено, что количество посещений с профилактической целью и обращений превышает плановые показатели (рисунок 10).

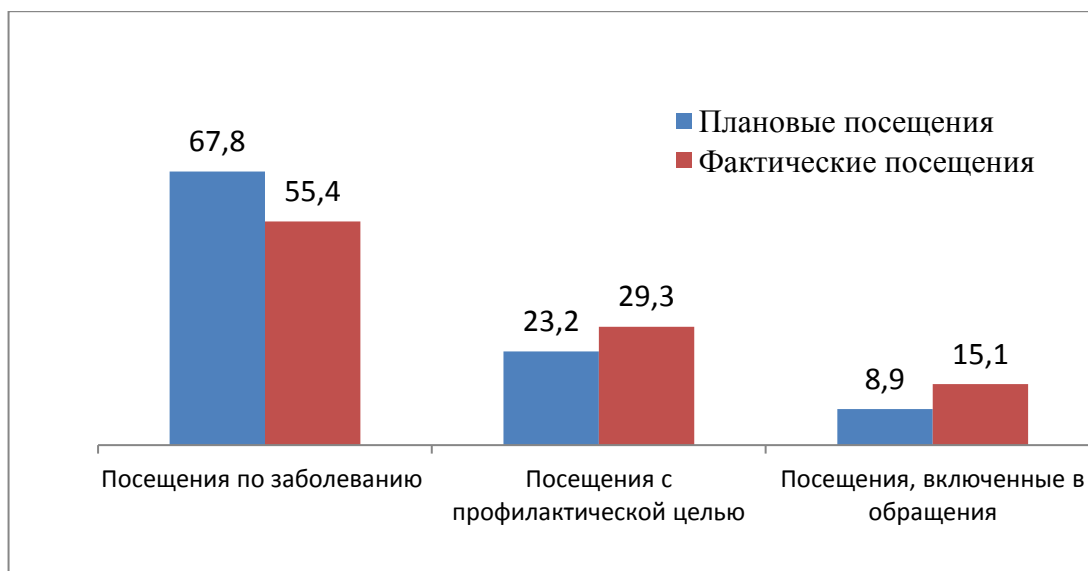


Рисунок 10 - Обращения и посещения к врачам-психиатрам амбулаторного отделения амбулаторного психиатрического модуля в 2017 г. (%)

«Наибольшее число пациентов в диспансерной группе амбулаторного психиатрического модуля в 2017 году составляли больные с расстройствами шизофренического спектра – 58,2% (по МКБ-10, F2х), на втором месте – пациенты с органическими психическими расстройствами – 20,2% (по МКБ-10, F0х), на третьем месте – больные с умственной отсталостью – 16,6% (по МКБ-10, F7х) (таблица 2).

Кроме диспансерной группы выделяется консультативная группа, в которую входят лица, страдающие психическим расстройством, добровольно обратившиеся за психиатрической помощью и получившие консультативно-лечебную помощь.

Консультативная группа больных была представлена следующим образом: первое место занимали больные с органическими психическими расстройствами – 46,6% (по МКБ-10, F0х), на втором месте – пациенты с невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами – 12,5% (по МКБ-10, F4х), далее следовали больные с умственной отсталостью – 11,1% (по МКБ-10, F7х) и больные шизофренического круга – 10,8% (по МКБ-10, F2х).

Таблица 2 - Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, и консультативной группы (группы больных вне наблюдения) в 2017 г.

Нозологи- ческая единица (по МКБ-10)	Диспансерная группа		Группа вне наблюдения (консультативная)	
	абс.	%	абс.	%
F0X	1404	20,2	1514	46,6
F2X	4045	58,2	351	10,8
F3X	97	1,3	289	8,9
F4X	6	0,1	406	12,5
F5X	5	0,1	5	0,1
F6X	16	0,3	184	5,6
F7X	1158	16,6	360	11,1
F8X	215	3,1	99	3,0
F9X	5	0,1	44	1,4
Всего:	6951	100	3252	100

Контингент психически больных, взятых под диспансерное наблюдение в 2017 г., в разрезе возраста и пола представлен в таблице 3, из которой видно, что пациенты – женщины, пролеченные в амбулаторном отделении новой организационной формы, составили 57,0%, мужчины – 43,0%» [182].

Таблица 3 - Число пациентов, пролеченных в амбулаторном отделении в разрезе пола и возраста, 2017 г. (%)

Контингент				Возрастные категории																			
				0 – 17 лет				18 – 29 лет				30 – 49 лет				50 – 69 лет				старше 70 лет			
Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
531	43,3	705	57,0	182	14,7	78	6,3	57	4,6	34	2,7	118	9,5	134	10,8	103	8,3	140	11,3	71	5,7	319	25,8
Всего: 1236 чел. – 100%				260 чел. – 21,0%				91 чел. – 7,4%				252 чел. – 20,3%				243 чел. – 19,7%				390 чел. – 31,6%			

[182]

При этом следует отметить, что «в двух возрастных группах – от 0–17 лет и 18–28 лет число обратившихся мужчин было больше, чем женщин (соответственно 14,7% и 6,3% и 4,6% и 2,7%). Данный факт объясняется тем, что в амбулаторном отделении обследуются лица мужского пола допризывного и призывного возраста» [182].

В 2017 г. «взято под активное диспансерное наблюдение в амбулаторном отделении новой организационной формы – 22 человека (32,3%), детей среди этого контингента не было. Наибольшее число взятых под активное диспансерное наблюдение – больные с диагнозом ”психозы” или “состояния слабоумия” (по МКБ-10, F0X). Большинство пациентов, снятых с активного диспансерного наблюдения, составили больные с психозами и расстройствами шизофренического типа (по МКБ-10, F0X, F2X) – по 22,0%.

Число лиц, совершивших ООД, которые наблюдаются амбулаторно, достаточно высоко – (47 человек, 70,1%). Эти пациенты требуют пристального внимания (таблица 4).

В таблице 4 приведены контингенты психически больных, которые находятся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (АПНЛ) у психиатра.

Наибольший удельный вес принятых на АПНЛ в 2017 г. – пациенты с психозами (по МКБ-10, F00-F05) – 51,0%, из психозов выделяется высокий процент расстройств шизофренического плана – 45,7% (по МКБ-10, F2x). Прекращено АПНЛ у 54,2% психически больных пациентов (таблица 5).

В рамках амбулаторного отделения новой организационной формы функционирует отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) на 60 койко-мест» [175].

Таблица 4 - Контингент больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением в 2017 г.
в амбулаторном психиатрическом модуле

Наименование болезней	Код по МКБ-10	Взято под АДН в отчетном году		Снято с АДН в отчетном году				Состоит под АДН на конец отчетного года						
		всего % от числа		всего		из них в связи со снижением общественной опасности		всего, детей нет		совершили ООД (и/или преступления в течение жизни)				
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Психозы и (или) состояния слабоумия	F00-F05, F06 (часть), F09, F20- F25, F28, F29, F84.0-4, F30-F39 (часть)	18	26,4	15	22,0	13	19,1	48	70,5	47	70,1	0	1	1,4
из них: шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруентным бредом	F20, F21, F25, F3x.x4	15	22,0	15	22,0	13	19,1	43	63,2	42	62,6	0	1	1,4

Продолжение Таблицы 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Непсихотические расстройства психического характера	F06 (часть), F07, F30-F39 (часть), F40-F69? F80-F83, F84.5, F90-F98	3	4,4	6	8,8	3	4,4	15	22,0	15	22,3	0		
Умственная отсталость	F70-F79	1	1,4					5	7,3	5	7,4	0		
Итого:	F00-F09, F20-F99	22	32,3	21	30,8	16	23,5	68	100,0	67	100,0	0	1	1,4

[175, 182]

Таблица 5 - Контингент больных, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (АПНЛ) у психиатра амбулаторного модуля в 2017 г.

Наименование болезней	Код по МКБ-10	Принято на АПНЛ				Прекращено (изменено) АПНЛ						Находится больных на АПНЛ у психиатра на конец года всего	
		всего		после ПЛ в стационаре		всего		из них в связи с					
								окончанием ПЛ		изменением вида ПЛ			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Психозы и (или) состояния слабоумия	F00-F05, F06 (часть), F09, F20-F25, F28, F29, F84.0-4, F30-F39 (часть)	18	51,0	12	34,2	23	65,7	15	42,8	5	14,2	21	60,0
из них: шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным бредом	F20, F21, F25, F3X.x4	16	45,7	11	31,4	20	57,0	12	34,2	5	14,2	20	57,1
Непсихотические расстройства психического характера	F06 (часть)б F07, F30-F39 (часть), F40-F69, F80-F83, F84.5, F90-F98	9	25,7	4	11,4	8	22,8	3		1	2,8	11	31,4
Умственная отсталость	F70-F79	4	11,4	3	8,5	1	2,8	1	2,8	3	8,5		
Итого:	F00-F09, F20-F99	31	88,0	18	51,0	34	9,7	19	54,2	7	20,0	35	100

[182]

3. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи

«Отделение предназначено для оказания помощи психически больным, которым требуется активное лечение, проведение интенсивной терапии при отсутствии показаний к обязательной госпитализации в добровольном порядке (пациенты, которые госпитализируются более двух раз в год в стационар). Отделение ОИОПП является альтернативой стационарной психиатрической помощи, его деятельность осуществляется только во внебольничных условиях по месту жительства пациентов. Бригадная форма помощи пациентам оказывается как в отделении ОИОПП диспансера, так и на дому у больного. В процессе терапии выбирается оптимальная антипсихотическая терапия с использованием арсенала современных психофармакологических средств.

Наибольшую долю в структуре поступивших на лечение в ОИОПП составляют пациенты шизофренического спектра (по МКБ-10, F2x) – 82,0%; пациенты с аффективными расстройствами (по МКБ-10, F3x) составляют 3,7%; пациенты с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (по МКБ-10, F4x) – 6,5%; умственной отсталостью (по МКБ-10, F7x) – 2,2%.

Основной контингент (86,6%), с которым работает персонал отделения (ОИОПП) – это больные с расстройствами шизофренического круга, с высокой частотой обострений заболевания, регоспитализаций, недостаточным комплаенсом и включением в систему оказания психиатрической помощи больных с недостаточно правильным поведением, слабыми навыками (или их отсутствием) ведения домашнего хозяйства, рационального использования своего бюджета.

Поступление пациентов с аффективными расстройствами в ОИОПП было обусловлено неблагоприятным течением расстройства, ближе к континуальному. В клинической картине заболевания присутствовали: выраженная аффективная симптоматика, психотические расстройства с повышенным суицидальным риском (без суицидальных намерений), резистентные к предыдущей терапии» [182].

«Часть больных, у которых имеются агорафобические расстройства (по МКБ-10, F4х) также не могли посещать диспансер. Этим больным помощь оказывалась на дому.

К пациентам с умственной отсталостью (по МКБ-10, F7х) был несколько другой подход. Они направлялись на лечение в ОИОПП по поводу выраженных нарушений поведения, в том числе, с аффективной неустойчивостью. Эта группа больных нуждается в ежедневном наблюдении врачом-психиатром с контролем за приемом медикаментозного лечения.

Пациенты поступают в ОИОПП преимущественно по направлению участкового врача-психиатра амбулаторного отделения – (71,8%), из круглосуточного стационара – (18,2%); по направлению врача-психиатра дневного стационара или медико-реабилитационного отделения – (10,0%).

Показаниями для направления в ОИОПП являются: частые (более двух раз в год) госпитализации пациентов, обострение психотической симптоматики, которое требовало более усиленной терапии, постоянного наблюдения за больными при отсутствии показаний к добровольной госпитализации в психиатрический стационар.

подавляющее большинство пациентов, поступающих в ОИОПП, страдают шизофреническими расстройствами в стадии обострения (86,6%); неврозоподобной, психопатоподобной и сенесто-ипохондрической симптоматикой (9,4%); затяжными тревожно-депрессивными и депрессивными расстройствами, аффективными расстройствами (4,0%).

В данном отделении пациентам и их родственникам оказывается поддержка (психологическая, социальная и др.) для снижения напряжения, связанного с обострением состояния больного, проводится контроль за терапией со стороны родственников. Лечащим врачом-психиатром, психотерапевтом, социальным работником проводятся индивидуальные консультации для родственников больного.

Во время лечения в ОИОПП после купирования подострого психотического состояния, больные шизофренического спектра включаются в психосоциальную

группу по психообразовательной методике с проблемно-решающими методиками. Некоторая часть пациентов объединяется в закрытые группы с определенной датой начала и окончания курса, с числом участников от 6-8 человек.

После выписки из ОИОПП пациенты получают лечение у участкового врача-психиатра, некоторые больные переводятся в дневной стационар амбулаторного психиатрического модуля или медико-реабилитационное отделение новой организационной формы для продолжения биологической и психосоциальной терапии (6,1%). Среди больных 1,3% госпитализируются в психиатрический стационар в первые дни после ОИОПП в целях лечения острого психотического расстройства.

В условиях ОИОПП основными направлениями психосоциального вмешательства являются: групповая и индивидуальная психосоциальная работа по различным образовательным методикам; тренинг коммуникативных навыков; тренинг независимого проживания; гармонизация отношений с близкими и семейное вмешательство; помощь в подборе мест учебы, трудоустройства, помощь в решении социально-правовых проблем.

Лечение в ОИОПП и на дому больных, которые не могут посещать диспансер в силу их психического или иного состояния, позволяет предупредить госпитализацию в психиатрический стационар в 20% случаев.

Таким образом, использование комплексного бригадного подхода в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи позволяет осуществлять лечение во внебольничных стационарозамещающих условиях, в том числе, на дому у больного, наиболее тяжелого контингента психически больных, у которых имеется обострение симптоматики, требующей активизации терапии, при отсутствии показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар. Данный факт является альтернативой стационарному лечению, способствует улучшению социального состояния (функционирования) больных, соблюдению терапевтического режима, сокращению числа и длительности последующих госпитализаций» [182].

4. Медико-реабилитационное отделение

Психиатрическая реабилитация в современных условиях – область быстро меняющаяся и развивающаяся.

Медико-реабилитационное отделение в структуре «новой организационной формы – амбулаторного психиатрического модуля – является одним из» [182] ведущих звеньев в оказании первичной специализированной МСП психиатрической помощи.

Как было указано выше, в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» данное подразделение функционирует «с апреля 2018 года в соответствии с положениями Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 года № 566н “О Порядке оказания психиатрической помощи”» [179].

«В медико-реабилитационном отделении» [24] проводится психосоциальная терапия и реабилитация пациентов с психическими расстройствами в формате групповой терапии (60,5%) и индивидуальной работы с пациентами (39,4%). Также проводится работа с родственниками больных.

Характеристика пациентов, проходивших лечение в МРО, по нозологическим группам, представлена в таблице 6.

Таблица 6 - Распределение психических больных, проходивших лечение в МРО, по нозологии

Нозология по (МКБ-10)	%
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2x	90,6
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3x	3,4
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4x	4,6
Умственная отсталость F7x	1,4
Всего:	100,0

Штат медико-реабилитационного отделения в амбулаторном психиатрическом модуле соответствует требованиям, приведенным в «Порядке оказания психиатрической помощи». В настоящее время в отделении работают: 2

врача-психиатра, 5 врачей-психотерапевтов, 1 медицинский психолог, 1 специалист по социальной работе, 1 врач ЛФК, 1 медсестра (медицинская сестра) по социальной работе, 1 трудовой инструктор, 1 старшая медицинская сестра, 1 санитарка, 1 культуролог. Совместная работа специалистов амбулаторного психиатрического модуля: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника – это бригадный подход в ходе оказания медицинской помощи психически больным.

При организации МРО в структуре амбулаторного психиатрического модуля ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» было предусмотрено оказание медицинской помощи мультипрофессиональной бригадой. Возглавляет бригаду – лечащий врач-психиатр, он способствует инициированию процесса реабилитации. Врач-психиатр определяет компоненты реабилитационной программы индивидуально для каждого пациента. Программа реабилитации подбирается и разрабатывается для каждого больного персонально из следующего перечня:

- артсинтезтерапия,
- кинезиотерапия,
- вокалотерапия,
- групповая терапия «Антистресс»,
- терапия занятости (поделки, вязание, вышивание),
- графика (рисунок),
- библиотерапия,
- аутогенная тренировка,
- психообразовательная программа для пациентов с первым психотическим эпизодом,
- психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией.

«Социальная реабилитация психически больных включает систему мероприятий, способствующих возвращению больных к общественно-полезной жизни. Все реабилитационные мероприятия нацелены на вовлечение самого больного в лечебно-восстановительный процесс. Проводить реабилитационные

мероприятия без его активного участия невозможно. Этот принцип реабилитации психически больных назван принципом партнерства» [24].

«Разноплановость реабилитационных мероприятий – второй принцип реабилитации. Различают психологическую, профессиональную, семейно-бытовую, культурно-просветительную и другие сферы реабилитации. Единство социально-психологических и биологических методов в преодолении болезни – третий принцип реабилитации. Он заключается в том, что биологические методы лечения, социо- и психотерапия, реабилитация должны проводиться в комплексе. Четвертый принцип реабилитации – принцип ступенчатости, когда все реабилитационные воздействия должны постепенно нарастать и нередко переключаться с одного на другое» [24].

Все мероприятия, относящиеся к реабилитации больных, проводятся в медико-реабилитационном отделении дневного психиатрического стационара [24].

Здесь «достаточно широко применяются психотерапевтические методы. Практически все больные с невротоподобной симптоматикой, невротическими расстройствами, аффективными расстройствами проходят курсы индивидуальной психотерапии. Для этого организован психотерапевтический кабинет с удобной мебелью, музыкальным центром.

Параллельно с индивидуальной психотерапией дважды в неделю проходят групповые занятия с психологами, больные занимаются арт-терапией. В отделении работает психологическая образовательная группа закрытого типа (2 раза в неделю, по 1 ч.), которая включает 6–8 человек. Занятия проводят психотерапевт, психолог отделения, участвуют врачи-психиатры. Ведущей составляющей работы психотерапевтической группы является психологическая образовательная программа, включающая формирование правильного представления о психическом заболевании, о возможности управления медикаментозной терапией, преодоления стигматизации, нормализации социального функционирования в условиях болезни, а также научение навыкам совладения с болезнью. Эффективность определяется мотивированностью больных, направленной на

приобретение навыков управления болезнью, а также высокой степенью структурированности самой образовательной программы.

Арт-терапевтическая группа (рисование), открытая группа до 10 человек» [24]. Занятия проводятся психологом отделения 1–2 раза в неделю по 1 ч. Целью таких занятий является развитие «творческого самовыражения в целях отвлечения от болезненных симптомов и получения положительных эмоций, участие в совместной деятельности и совместной оценке рисунков, восстановление навыков произвольной регуляции деятельности через рисование в заданной технике, на заданную тему» [24].

«Просмотр и обсуждение кинофильмов проводится два раза в месяц. Обсуждение кинематографических ситуаций, имеющих связь с реальными темами и жизненными ситуациями больных, их цель – формирование навыков правильной позиции в ходе обсуждения фильма и совместная отработка способов адекватного реагирования; поездки в город на экскурсии в музеи, монастыри и церкви, на выставки. Пациентов привлекают к участию в конкурсах, к решению кроссвордов, разгадыванию головоломок, к участию в шахматных турнирах, к сбору пазлов, оформлению фотоальбомов и фотостендов, стенгазет. Для больных организована библиотека внутри отделения. Проводятся “дни караоке” – раз в неделю, конкурсы – раз в 1–2 месяца с целью обучения навыкам эмоциональной регуляции посредством коллективного пения, выбора мелодий, регулирующих эмоциональное состояние.

Важную роль в реабилитации играет работа с родственниками – групповые психологические образовательные занятия, направленные на получение знаний о болезни, ее причинах, проявлениях, лечении, ознакомление с правилами поведения с больным. Частота занятий один раз в неделю, до 5–7 занятий. Родственники больных привлекаются к участию в досуговых мероприятиях отделения, они участвуют в индивидуальных психологических образовательных и психологических коррекционных беседах, получают консультации врачей и психолога» [24].

«Все названные мероприятия ведут к повышению социальной активности больных, структурированию их жизни в отделении, т.е. делается все, чтобы их пребывание в дневном стационаре не ограничивалось исключительно лечением, чтобы было одновременно комфортным, полезным, гармоничным» [24].

Междисциплинарное, межведомственное партнерство, сотрудничество с другими отделениями ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», Общероссийской общественной организацией инвалидов позволило расширить реабилитационный процесс достаточно широким кругом мероприятий – концертами, выставками, театральными постановками.

Таким образом, результатами реабилитации психически больных в рамках амбулаторного психиатрического модуля, как новой организационной формы, является: «восстановление когнитивных функций больного, восстановление его социальных связей для развития более высокого уровня адаптации в обществе, работа пациента в рамках реабилитационных мероприятий по типу терапии занятости (артсинтезтерапия, вокалотерапия)» [181].

Расширение амбулаторного психиатрического модуля в работе кластера становится значимой благодаря разворачиванию новых амбулаторных подразделений – ОИОПП, МРО, обеспечивая максимальную транспортную доступность этого вида помощи.

В целом, полученные результаты, свидетельствующие об увеличении числа пациентов, впервые обратившихся за медицинской помощью в амбулаторный психиатрический модуль, сокращении числа и сроков пребывания психически больных в стационаре, позволяют говорить о результативности деятельности этой новой организационной формы. Выявлено, что стационарозамещающее лечение способствует снижению развития госпитализма, уменьшению выраженности обострений заболевания, «социальной интеграции больных, расширению возможности общения, возвращению пациентов в семью, общество. Современные методы терапии способствуют предупреждению, «перехвату» пациентов на догоспитальном этапе, и оказанию им специализированной помощи» [24] без

госпитализации в круглосуточный стационар, что, несомненно, имеет положительный экономический эффект.

4.2. Показатели для оценки качества и эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным

«Важным направлением «совершенствования информационного обеспечения управления» медицинскими организациями, функционирующими в рамках внедряемой» [181] в настоящее время в городе «Москве новой модели оказания психиатрической помощи, является разработка системы показателей (индикаторов) для оценки их деятельности, в том числе» [181] – внедряемых новых организационных форм (АПМ и др.). Использование такой системы показателей будет способствовать получению необходимой информации для управления.

На основании проведенного изучения опыта города Москвы по формированию показателей результативности деятельности медицинских организаций, анализа нормативной правовой базы и показателей, рекомендованных разъяснительными документами Минздрава России, а также результатов специально проведенного нами исследования с привлечением экспертов – руководителей «медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь населению» [181], был сформирован перечень показателей для оценки «качества и эффективности деятельности медицинских организаций» [176], оказывающих «первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным» [176].

«По мнению экспертов, на практике необходимо» [181] использовать широкий спектр показателей, характеризующих кадровые («обеспеченность и укомплектованность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, коэффициент совместительства» [181] и др.), материально-технические (фондовооруженность и др.), информационные и другие ресурсы, объем, качество организации и оказания медицинской помощи, ее сложность, доступность и

результативность, финансовые показатели (средняя стоимость посещения, одного пациенто-дня в дневном стационаре, случая оказания неотложной помощи, одного исследования (процедуры) и др.), а также показатели, отражающие удовлетворенность потребителей и др. Все показатели были распределены в зависимости от целесообразности их использования на различных уровнях управления (Приложение И).

В соответствии с методикой исследования экспертами данные показатели оценивались в зависимости от степени значимости их использования.

В большей степени, по их мнению, следует ориентироваться на такие показатели, как: «коэффициент выполнения функции врачебной должности» (100,0%) и «охват врачебными посещениями определенных групп взрослого населения» (98,0%); «число лиц, получивших лечение в данном году» (95,0%); «доля обоснованных жалоб на доступность и качество организации медицинской помощи»; «доля повторных госпитализаций в дневной стационар» (48,2%) и др. [181].

В целом, по результатам проведенной нами экспертной оценки, представляется целесообразным рекомендовать для практического использования в приоритетном порядке, следующие показатели (таблица 7) [181]:

– показатели, характеризующие «качество медицинской помощи» (среднее значение – 88,6%): «полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях» (100%); «своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях» (100%) [181];

– показатели «удовлетворенности потребителей медицинской помощи» (среднее значение – 85,1%): «доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи» (85,1%); «частота обоснованных жалоб пациентов» (85,1%) [181];

– показатели, характеризующие объем работы (среднее значение – 80,4%): «коэффициент выполнения функции врачебной должности» (100,0%); «охват врачебными посещениями» (98,0%); «число лиц, получивших лечение в данном году» (95,0%) [181];

– показатели, характеризующие «результативность медицинской помощи» (среднее значение – 79,1%): «укомплектованность врачами-психиатрами» (92,1%); «процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ» (84,0%); «охват диспансерным методом ведения больных хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете по психическому заболеванию» (80,1%) [181];

– показатели, характеризующие «сложность медицинской помощи» (среднее значение – 72,5%): «структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения» (100,0); «доля лиц старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно» (45,0%) [181].

Среди особо значимых показателей для «оценки результативности деятельности отдельных структур амбулаторного психиатрического модуля», по мнению специалистов-экспертов, являются: «число пациентов, пролеченных в АПМ» (78,0%); «своевременность охвата психиатрической помощью» в АПМ (75,0%); «число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе» (ДС, ОИОПП, МР – 72,0%). Мониторинг данных показателей может свидетельствовать об эффективности деятельности подразделений амбулаторного психиатрического модуля, в частности, в формате «перехвата» стационарного лечения [181].

Таким образом, «для оценки деятельности медицинских организаций, участвующих в оказании» [181] первичной специализированной МСП психически больным, а также их структурных подразделений может использоваться разработанная нами система показателей. Возведение таких исследований в разряд мониторинговых будет способствовать «совершенствованию “информационного обеспечения управления” внедряемой» [181] моделью оказания первичной специализированной МСП психически больным.

Таблица 7 - Перечень наиболее значимых показателей (индикаторов) для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь психически больным

Наименование показателя (индикатора)	Значимость показателя (%)	Используется на уровне			
		Департамент здравоохранения	Медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь	Амбулаторный психиатрический модуль	Подразделения амбулаторного психиатрического модуля
1	2	3	4	5	6
Показатели, характеризующие объем работы учреждения					
«Число лиц с психическими заболеваниями, получивших лечение в данном году на 1000 населения»	95,0	+			
Число пролеченных в АПМ на 1000 населения	78,0	+		+	
Число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе (ДС, ОИОПП, МРО)	72,0		+	+	+
«Число посещений врача-психиатра на 1 жителя в год»	98,0	+	+		
«Число посещений на 1 занятую должность врача-психиатра в год (функция врачебной должности)»	100	+	+		
«Число посещений к врачу-психиатру с лечебной целью в общем числе посещений»	60,0		+	+	
«Соотношение фактического и нормативного числа посещений (амбулаторная служба) в смену»	90,0		+		
«Число посещений к среднему медперсоналу в АПМ на 1 жителя в год»	85,0		+	+	
«Число лабораторных анализов на 100 посещений в амбулаторной службе, ДС»	90,0		+	+	+

Продолжение Таблицы 7

1	2	3	4	5	6
«Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений в амбулаторной службе»	60,0		+	+	
«Число исследований, проведенных в кабинете функциональной диагностики, на 100 посещений в амбулаторной службе»	52,0		+	+	
«Число процедур в кабинете ЛФК на 100 больных, закончивших лечение в амбулаторных условиях»	90,0		+	+	
«Число услуг (исследований, процедур) на 100 законченных случаев лечения амбулаторно»: <ul style="list-style-type: none"> - всего, в том числе: - лаборатория - Rg - УЗИ - функциональной диагностики - физиотерапевтические - ЛФК 	90,0		+	+	
«Число мест в дневном стационаре на 1000 населения»	75,0		+	+	
«Число пролеченных в дневном стационаре»	62,0		+	+	
«Средняя занятость койки в году в дневном стационаре»	78,0		+		

Продолжение Таблицы 7

1	2	3	4	5	6
Показатели, характеризующие сложность медицинской помощи					
«Число психически больных старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно»	45,0		+		
«Структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения»	100,0		+		
Показатели, характеризующие качество, в том числе доступность медицинской помощи					
«Полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях»	100,0	+	+		+
«Своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях»	100,0		+	+	
Своевременность охвата психиатрической помощью в АПМ	72,0			+	
«Коэффициент финансовых затрат» (отношение фактической суммы расходов к утвержденной нормативно)	84,2	+	+		
«Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях), которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия»	70,0		+	+	+
«Укомплектованность врачами-психиатрами»	92,1	+	+		

Продолжение Таблицы 7

1	2	3	4	5	6
Показатели, характеризующие результативность медицинской помощи					
«Первичная заболеваемость прикрепленного населения шизофренией (на 100 тыс. населения)»	65,2	+	+		
«Процент охвата профилактическими осмотрами всех контингентов психиатрического профиля, подлежащих осмотрам»	75,1		+		
«Процент выполнения плана профилактических осмотров»	84,0		+		
Процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ	75,0			+	
Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения	48,2			+	
«Охват диспансерным методом ведения больных хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете по психическому заболеванию»	80,1		+		
«Охват больных, страдающих психическими расстройствами, психотерапией» в АПМ	78,0			+	+
Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах (на 1000 осмотренных)	50,0			+	
Показатели удовлетворенности потребителей медицинской помощи					
«Доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи»	85,1	+	+	+	+
«Частота обоснованных жалоб пациентов (на 1000 пациентов)»	85,1	+	+	+	+

[176, 181]

Резюме. Разработанная и апробированная «новая организационная модель оказания специализированной помощи психически больным» [181] в городе Москве обеспечивает снижение нагрузки на стационарные койки; снижение числа повторных госпитализаций, снижение объема недобровольной госпитализации, первичного выхода на инвалидность; способствует повышению доступности специализированной помощи психически больным за счет максимального ее приближения к месту их обслуживания; снижению развития госпитализма, социальной интеграции больных; повышению удовлетворенности пациентов (их родственников) и врачей-специалистов результатами деятельности новых организационных форм («круглосуточная неотложная психиатрическая помощь на дому» [176], амбулаторный психиатрический модуль) и др.

«Научно обоснованная система показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную ПМСП психически больным» [181] и их структурных подразделений, включая амбулаторный психиатрический модуль, «базируется на критериях, отражающих “объем” оказанной помощи, ее “сложность”, “качество организации и оказания”, “доступность и результативность”, “удовлетворенность потребителей”» [181].

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТАВА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ, АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ДАННУЮ ПОМОЩЬ

5.1. Анализ состава больных и показателей деятельности психоневрологического диспансера

Психиатрическая помощь оказывается по основаниям и в порядке, которые установлены Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 (ред. от 19.07.2018) № 3185–1 и другими законами Российской Федерации, и включает в себя психиатрическое обследование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

«Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина» [76].

Основное место в структуре контингента психически больных, получающих медицинскую помощь в психоневрологическом диспансере, занимают «больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами» [178]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), число больных шизофренией во всем мире составляет 0,77–0,8%, по данным литературных источников - среди всего контингента психически больных, зарегистрированных в психиатрической амбулаторной службе, в диспансерах, больные шизофренией составляют около 20% [100].

В базовой медицинской организации этот показатель несколько выше и составлял: в 2015 г. – 36,0%, в 2016 г. – 37,5%, в 2017 г. – 36,4%, 2018 г. – 36,0%,

2019 г. – 34,6%. На протяжении нескольких лет показатель оставался достаточно стабильным, с тенденцией к снижению в 2019 году. Достаточно высокую долю в структуре пролеченных составляли больные с органическими психическими расстройствами» [179] (по МКБ-10, F0x) (2015 г. – 31,2%, 2016 г. – 33,1%, 2017 г. – 32,5%, 2018 г. – 31,4%, 2019 г. – 31,8%) (рисунок 11).

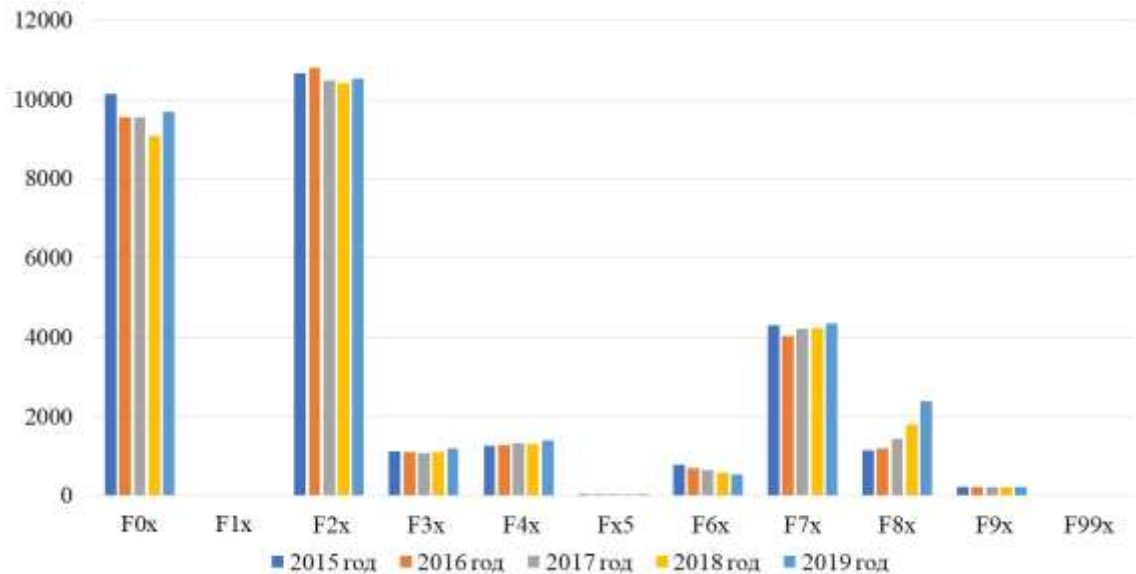


Рисунок 11 - Контингент психически больных пациентов амбулаторного модуля, состоящих на учете (диспансерное наблюдение, консультативно-диагностическая группа) в базовой медицинской организации (абс. знач.)

«Одно из основных мест в структуре амбулаторного контингента больных с психическими расстройствами в изучаемом периоде занимали пациенты с умственной отсталостью (по МКБ-10, F7x). Величина удельного веса пациентов с данной патологией была достаточно стабильной» [179] и варьировала от 14,8% в 2015 г. до 14,4% в 2019 г.

Далее в структуре следовали «пациенты с невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами» [178] (по МКБ-10, F4x), значение в период с 2015 по 2019 гг. сохранялось достаточно стабильным (4,3-4,6%), и с нарушениями психологического развития (по МКБ-10, F8x) с тенденцией увеличению удельного веса, соответственно по годам: 2015 г. – 4,0%, 2016 г. – 4,2%, 2017 г. – 4,9%, 2018 г. – 6,3%, 2019 г. – 7,9%.

Удельный вес группы лиц с расстройствами настроения (по МКБ-10, F3х) составил 3,7% в 2015 г. (от всего учетного контингента лиц), 3,8% в 2016 и 2017 гг., и 3,9% в 2018 и 2019 гг.

Распространенность депрессивных расстройств среди общей популяции населения в развитых странах составляет 5–10%. Среди соматически больных (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и др.) частота депрессии значительно выше и составляет 22–33% [91]. Результаты, полученные в ходе проведенного нами анализа, коррелируют с данными, представленными в научных публикациях.

Среди состоящих на учете в психоневрологическом диспансере больные с «расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте» [25] (по МКБ - 10, F6х), составляли «в 2015 г.– 3,0%, в 2016 г. – 2,4%, в 2017 г.– 2,3%, в 2018 г. – 2,1%, в 2019 г. – 1,9%» [176].

Среди больных, состоящих на учете в диспансере, преобладают женщины. Так, в 2015 г., удельный вес этой категории составил – 55,7%, в 2016 г. – 59,6%, в 2017 г. – 53,6%. И, соответственно, мужчин – в 2015 г. – 44,3%, в 2016 г. – 40,4%, в 2017 г. – 46,4%. За последние два года показатели изменились: мужчин, состоящих на учете в 2018 году, стало 53,0%, женщин – 47,0%; в 2019 г. мужчин стало 52,5%, женщин – 47,5% (рисунок 12).

По возрасту пациенты, получавшие специализированную помощь в психоневрологическом диспансере, распределились согласно рисунку 13. Динамика за период 2015–2019 гг. неоднозначна: в то время, как число психически больных старше 70 лет значительно снижается, число пациентов в возрасте 18–29 лет и 30-49 лет – увеличивается.



Рисунок 12 - Распределение психически больных, состоящих на учете в базовом психоневрологическом диспансере, по полу (абс. знач., %)



Рисунок 13 - Распределение психических больных, состоящих на учете в базовом психоневрологическом диспансере, по возрасту

На рисунке 14 «представлены данные социального статуса психически больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере за исследуемый период. Они представлены двумя основными группами: работающие и лица, не имеющие работы» [177].

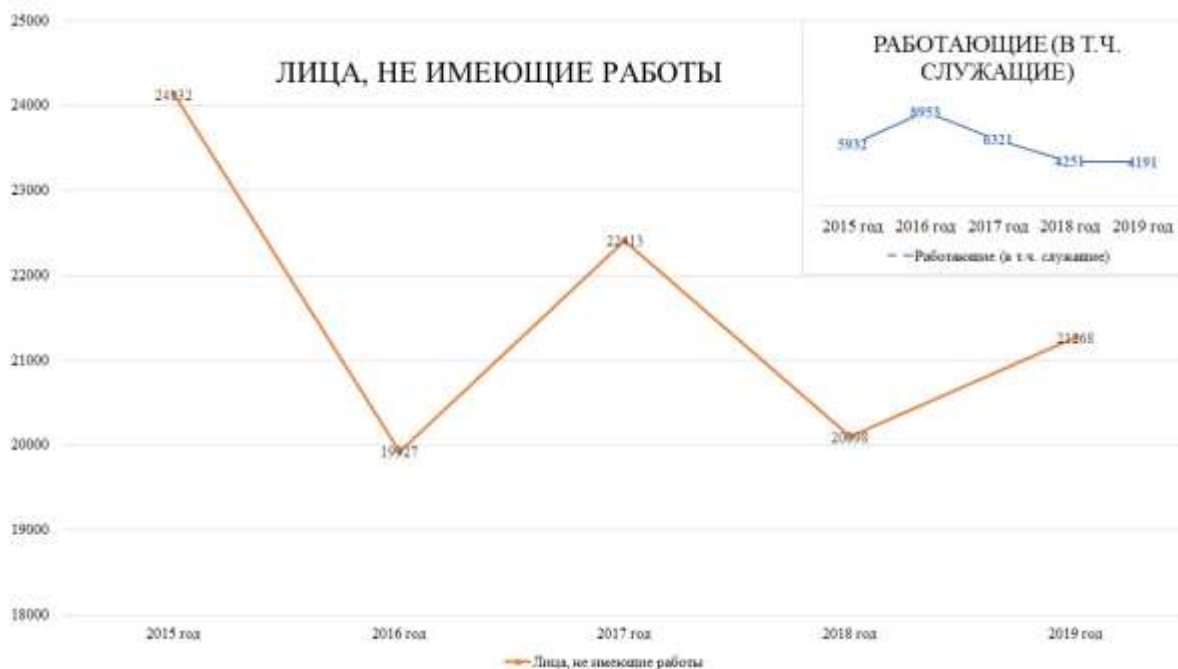


Рисунок 14. - Социальное положение психически больных, состоящих на учете в базовом психоневрологическом диспансере

Выявлено, что, за исследуемый период среди состоящих на учете в базовом диспансере работающие лица составляли – в 2015 г. – 19,7%, в 2016 г. – 31,0%, в 2017 г. – 22,0%, в 2018 г. – 17,5%, в 2019 г. – 16,4%. А неработающие соответственно: 2015 г. – 80,3%, 2016 г. – 69,0%, 2017 г. – 78,0%, в 2018 г. – 82,5%, в 2019 г. – 83,6%.

За исследуемый промежуток времени сохранялся высоким процент посещений пациентами врачей-психиатров, в основном, за счет женского населения: в 2015 г. он составил 64,0%; в 2016 г. – 67,0%; в 2017 г. – 61,0%, в 2018 г. – 59,9%, в 2019 г. – 61,5%. т.е. женщины оказались менее адаптивными к новым условиям жизни в современном обществе (рисунок 15).



Рисунок 15 - Число посещений пациентов с психическими расстройствами к врачам-психиатрам в разрезе пола

В целом, полученные данные свидетельствуют о высокой подверженности определенных категорий населения к любого рода изменениям в обществе, нестабильности социально-экономической ситуации и др.

5.2. Анализ деятельности дневного психиатрического стационара

Дневной стационар является одной из форм амбулаторного лечения психически больных. Профиль дневных стационаров может быть различным: детским, гериатрическим, нервно-пограничных расстройств [179].

«Посещение больным дневного стационара дает возможность врачу-психиатру проводить ежедневный мониторинг состояния пациента, оценивать динамику его состояния, своевременно проводить коррекцию терапии. Самолечение в дневном стационаре проходит в менее ограничительных условиях.

Лечение психически больного в дневном стационаре проходит вне отрыва от привычной социальной среды, уменьшает время и сроки лечения больного по сравнению с пребыванием в психиатрической» [177] больнице.

Анализ результатов исследования показал, что в 2015–2019 гг. в структуре психических расстройств у больных, пролеченных в базовом дневном стационаре, ведущими являлись расстройства шизофренического круга (по МКБ-10 F2X). Так, в 2015 г. они составили 70,0%, в 2016 г. – 74,0%, в 2017 г. – 75,9%, в 2018 г. – 75,7%, в 2019 г. – 74,1% (рисунок 16).

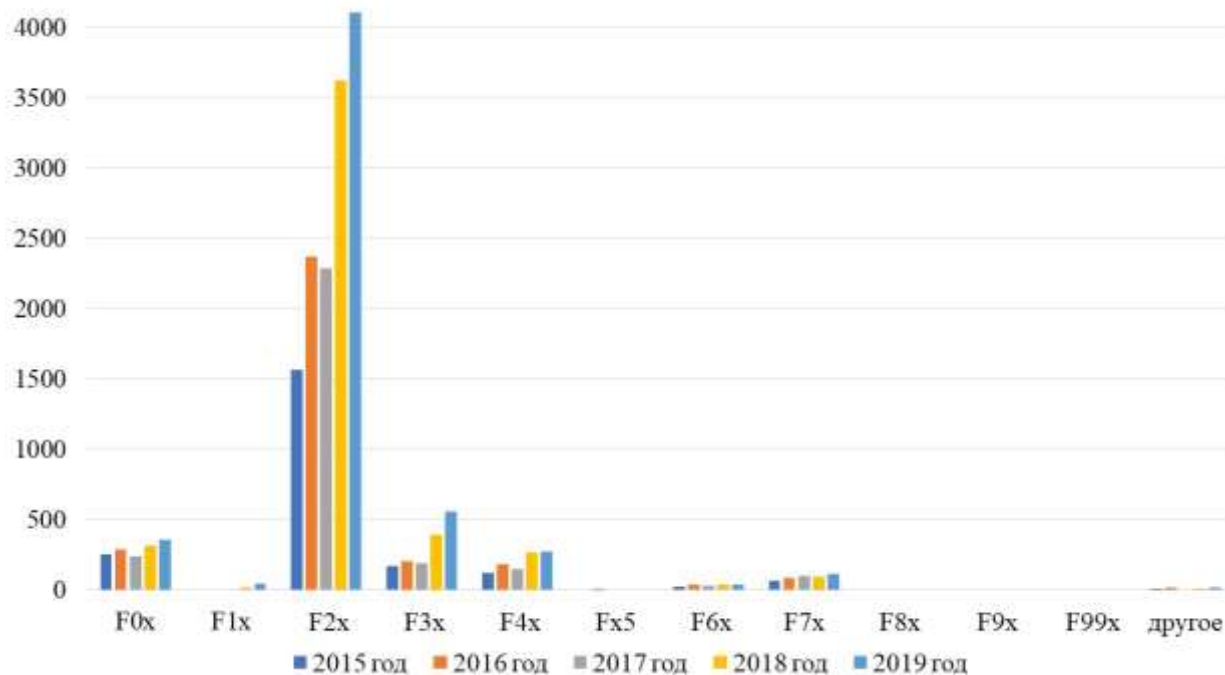


Рисунок 16 - Контингент больных, пролеченных в базовом дневном стационаре по поводу психических заболеваний (абс. знач.)

«На втором месте по числу пролеченных больных в дневном стационаре – больные с органическими психическими расстройствами (по МКБ-10 F0X), соответственно: в 2015 г. – 11,4%; в 2016 г. – 9,0%; в 2017 г. – 8,1%, в 2018 г. – 6,7%, в 2019 г. – 6,5%. На третьем месте – больные с расстройствами настроения (по МКБ-10 F3X) соответственно» [177] – 7,8%, 6,4%, 6,4%, 8,2%, 10,2%. Удельный вес пациентов невротического уровня (по МКБ-10 F4X) составлял: в 2015 г. – 6,0%; 2016 г. – 5,6%; 2017 г. – 5,0%, в 2018 г. – 5,6%, в 2019 г. – 4,9%. «Далее в структуре пролеченных в дневном стационаре по поводу психических заболеваний – пациенты с умственной отсталостью (по МКБ-10 F7X) (соответственно – 2,9%,

2,7%, 3,4%, 2,0% и 2,2%). Остальной контингент пролеченных больных представлен» [177] единичными случаями.

Основное место в структуре пролеченных психически больных занимают женщины (рисунок 17).



Рисунок 17 - Распределение числа психически больных пациентов, пролеченных в дневном стационаре по полу (абс. знач., %)

«В исследуемый промежуток времени в дневном стационаре было пролечено мужчин: в 2015 г. – 41,7%; в 2016 г. – 40,2%; в 2017 г. – 38,9%; в 2018 г. – 53,0%; в 2019 г. – 52,2%; соответственно женщин – 58,3%; 59,8%; 61,1%; 47,0%, 47,8%.

Из исследуемого контингента дневного стационара по возрастным группам, как видно из рисунка 18, основной по количеству пролеченных больных в изучаемом периоде являлась возрастная группа 30–49 лет, соответственно по годам лечения: 47,0%; 57,0%; 52,0%; 57,6%; 59,3%. На втором месте по количеству пролеченных больных – лица в возрасте 50–69 лет» [177] (соответственно 18,0%; 28,0%; 21,0%; 30,0%; 29,8%).



Рисунок 18 - Распределение психически больных, пролеченных в дневном стационаре по возрасту

На третьем месте – «группа пациентов в возрасте 19–29 лет (соответственно 12,9%, 4,0%; 10,0%; 9,4%; 9,1%). Следующая возрастная группа до 18 лет (соответственно – 19,1%; 7,0%, 13,0%; 0,2% и 0,2%).

Самой незначительной по количеству пролеченных больных, являлась группа лиц в возрасте старше 70 лет, удельный вес которой составил: в 2015 г. – 3,0%; в 2016 г. – 4,0%; в 2017 г. – 4,0%; в 2018 г. – 2,8%, в 2019 г. – 1,6%. Обусловлен этот факт, скорее всего, тем, что лицам данной» [177] возрастной категории в силу различных причин непросто добираться до дневного стационара.

«Социальная характеристика психически больных, пролеченных в дневном стационаре, представлена двумя группами: работающими лицами, в том числе и служащими, и лицами, не имеющими работы. В процентном соотношении это выглядит следующим образом: с 2015 по 2017 гг. отмечается незначительное повышение числа» [179] работающих по годам: 2015 г. – 3,5%; 2016 г. – 4,0%; 2017 г. – 4,1%; а в 2018, 2019 гг. наметилась тенденция к снижению удельного веса работающих: в 2018 г. – 2,6%, в 2019 г. – 2,5%. За исследуемый период времени

заметно изменился удельный вес лиц, не имеющих работы (в 2015 г. – 96,5%, в 2016 г. – 97,2%, в 2017 г. – 96,6%, в 2018 г. – 97,4%, в 2019 г. – 97,5%.) (рисунок 19).

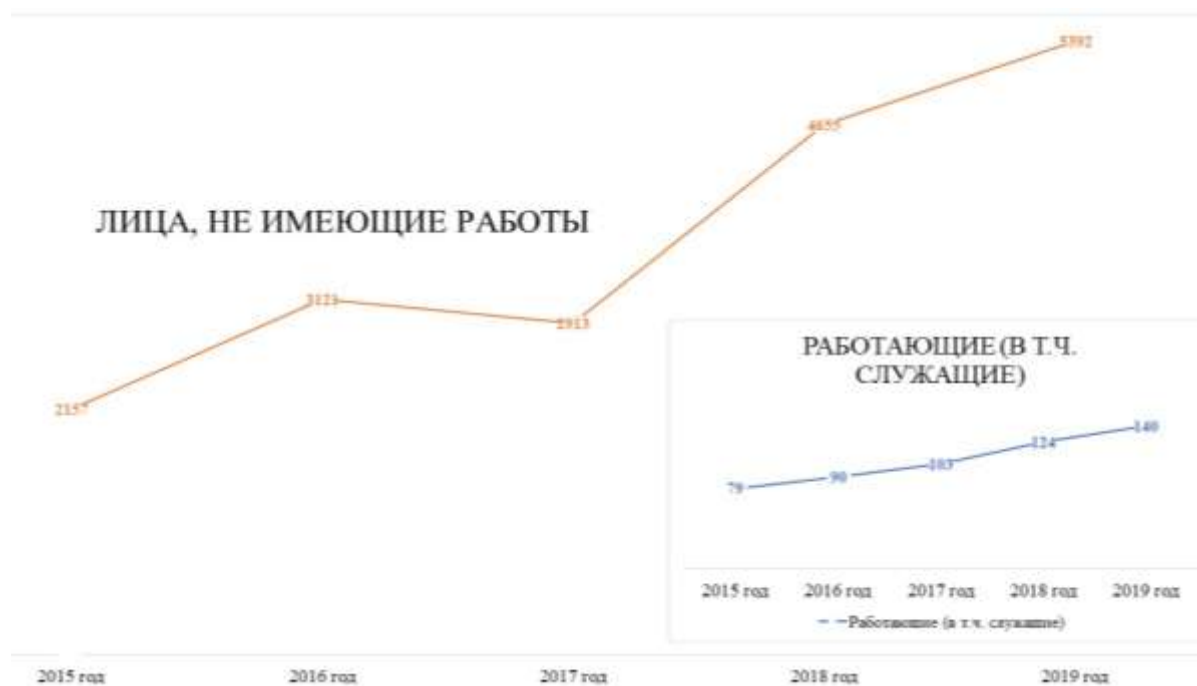


Рисунок 19 - Социальная характеристика психически больных, пролеченных в дневном стационаре

«Как видно из рисунка 20 и таблицы 8, с 2016 года коечный фонд в базовом дневном стационаре увеличился на 210 коек (Приказ ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» № 5 от 11.01.2016 года), прирост по коечному фонду в отношении к 2015 г. составил 67,7%; средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре уменьшилась с 42 дней» [179] в 2015 году до 28 дней в 2019 году, убыль данного показателя по сравнению с 2015 годом составила 33,3%.

Соответственно увеличился оборот койки: «в 2015 г. – 7,2; в 2016 г. – 8,0; в 2017 г. – 7,5; в 2018 г. – 8,8; в 2019 г. – 10,8» [176]. Также в 1,6 раза увеличилось число пациенто-дней: с 93713 в 2015 г. до 151779 в 2019 г. Прирост по обороту койки увеличился на 50,0%.

Прирост числа пациентов по отношению к 2015 году составил 62,0%.

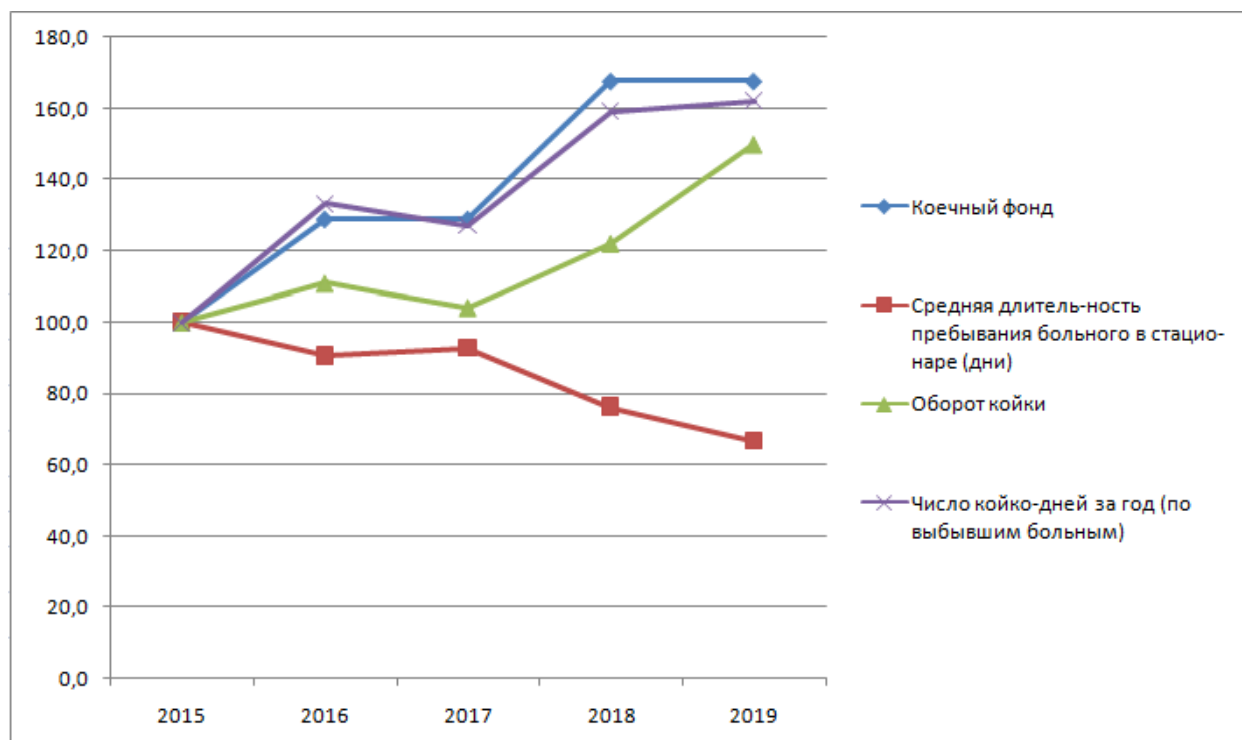


Рисунок 20 - Показатели наглядности деятельности базового дневного стационара (% к 2015 г.)

Таблица 8 - Показатели деятельности базового дневного психиатрического стационара

Исследуемый год	Коечный фонд	Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре (дни)	Оборот койки	Число пациенто-дней за год
2015	310	42	7,2	93713
2016	400	38	8,0	124883
2017	400	39	7,5	119231
2018	520	32	8,8	149121
2019	520	28	10,8	151779
Прирост/убыль к 2015 г., %	67,7	-33,3	50,0	62,0

[179]

5.3. Анализ состава больных и показателей деятельности психиатрического стационара

Число пациентов, пролеченных в стационаре базовой медицинской организации в разрезе нозологических форм в 2015–2019 гг. представлены на рисунке 21.

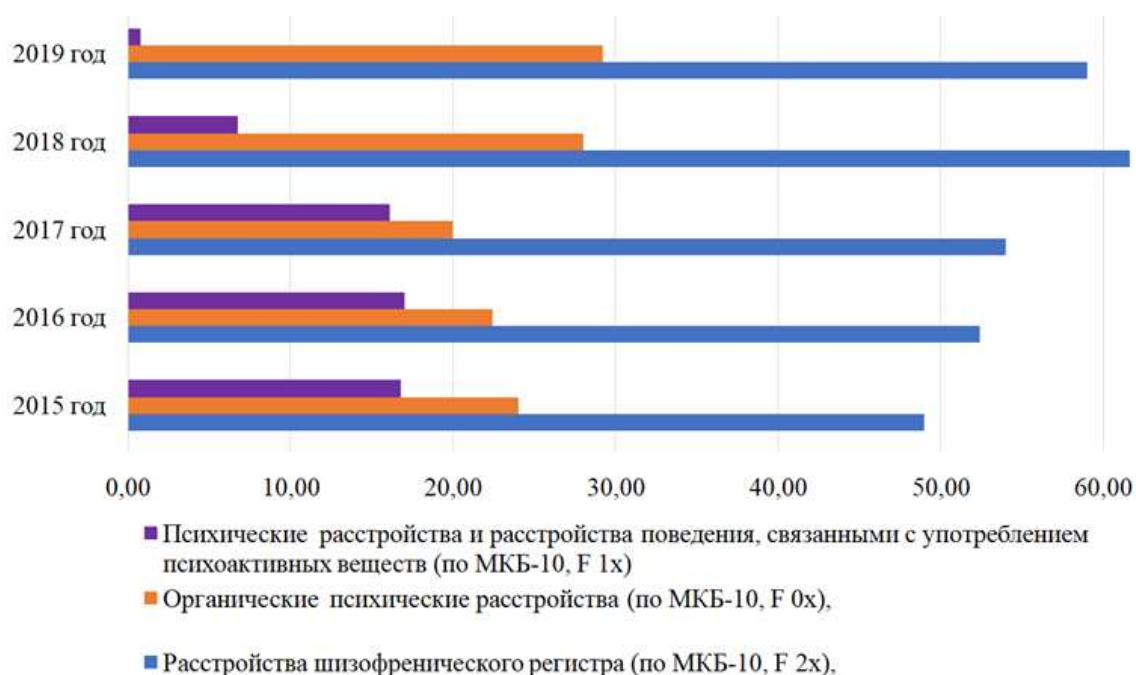


Рисунок 21 - Число пациентов, пролеченных в стационаре базовой медицинской организации в разрезе нозологических форм

«Выявлено, что наибольшее количество пролеченных больных в психиатрическом стационаре составили пациенты с расстройствами шизофренического регистра (по МКБ-10, F2X), (49,0% в 2015 г., 52,4% – в 2016 г., 54,0% в 2017 г., в 2018 г. – 61,6%, в 2019 г. – 59,0%) с органическими психическими расстройствами (по МКБ-10, F0X), соответственно, по годам: 24,0%, 22,4%, 20,0%, 28,0%, 29,2%, а также, психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (по МКБ-10, F1X), соответственно» [180] – 16,8%, 17,0%, 16,1%, 6,75% и 0,8%.

Снижение числа пролеченных больных в 2018, 2019 годах обусловлено вступлением в силу приказа Департамента здравоохранения города Москвы № 130 от 21.02.2018 г. «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах», который регламентировал осуществление направления больных с «психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными» [25] (вызванными) с употреблением психоактивных веществ, в том числе находящихся в предпсихотическом и психотическом состоянии, нуждающихся в оказании специализированной стационарной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» и в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина». Среди больных, пролеченных в психиатрическом стационаре чуть больший удельный вес составили женщины (рисунок 22).



Рисунок 22 - Число мужчин и женщин, пролеченных в стационаре (абс. знач., %)

Распределение пролеченных в стационаре пациентов по возрасту представлено на рисунке 23.

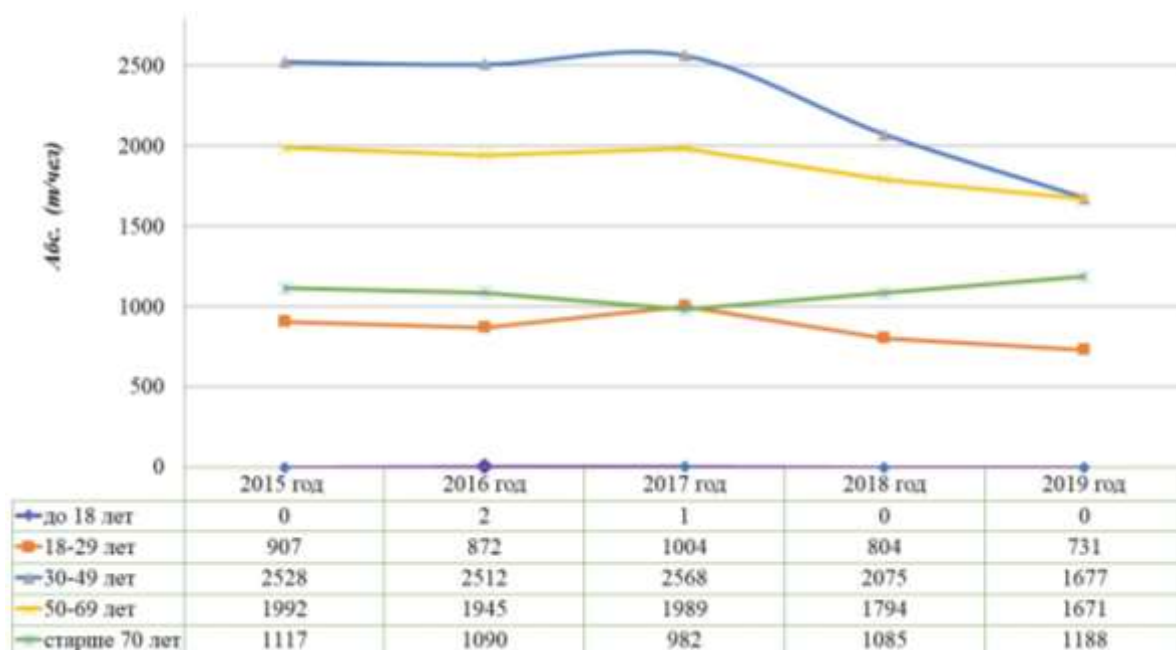


Рисунок 23 - Распределение пролеченных в стационаре пациентов по возрастным категориям

«Для определения профессионального статуса, отражающего наиболее полную адаптацию психически больных лиц, необходимо знание его в целом в конкретной группе, популяции. В нашем случае – это контингент больных, пролеченных в психиатрическом стационаре за исследуемый период времени – в 2015–2019 гг. (рисунок 24).

На рисунке 24 представлены данные по профессиональной занятости лиц с психическими расстройствами» [25, 180].

Большую часть пациентов психиатрического «стационара составляют пенсионеры по возрасту и по инвалидности, а также лица с другими видами социального обеспечения, соответственно, в 2015 г. – 68,6%, в 2016 г. – 69,0%, в 2017 г. – 67,2%, в 2018 г. – 71,3%, в 2019 г. – 73,1%.

Такое распределение пациентов, пролеченных в психиатрическом стационаре, может свидетельствовать о невысокой устойчивости инвалидов по заболеванию, лиц зрелого и пожилого возраста к негативным социально-экономическим изменениям общественной жизни» [25, 180].

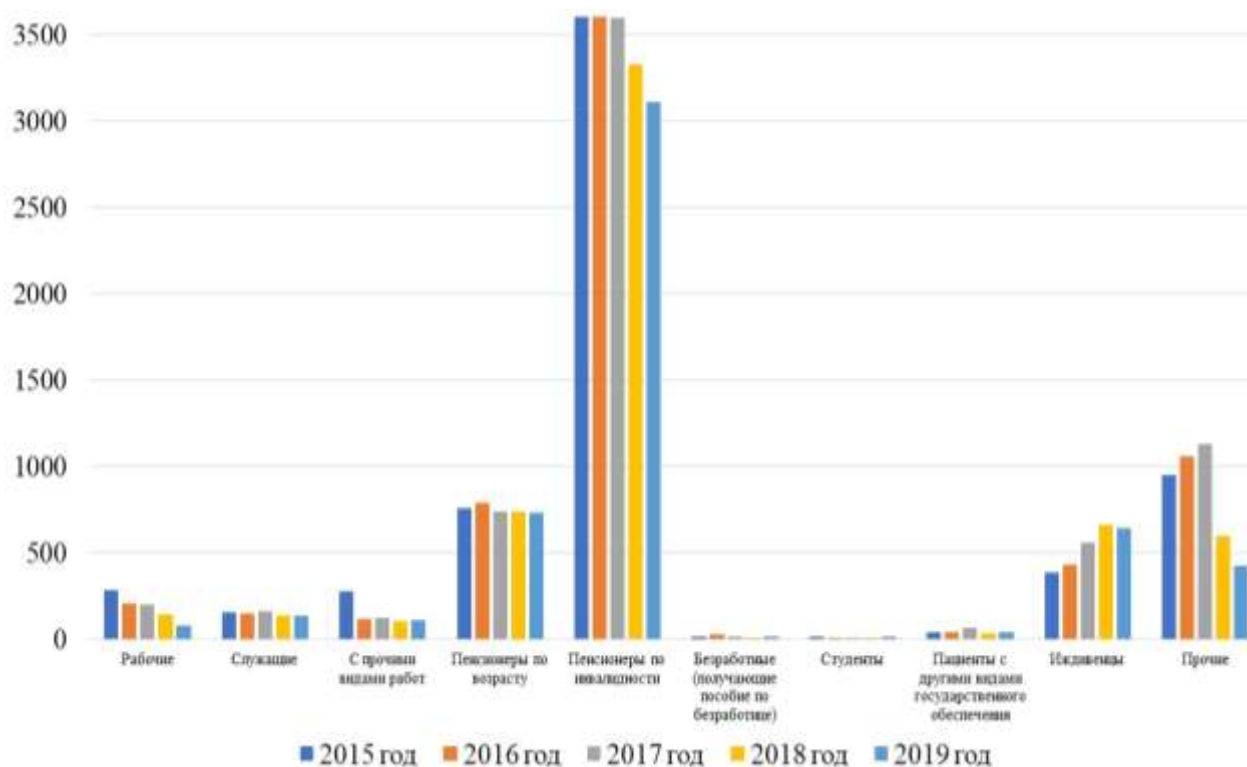


Рисунок 24 - Распределение пациентов, пролеченных в психиатрической базовой медицинской организации, по профессиональному статусу

Показатели деятельности психиатрического стационара базовой медицинской организации представлены на рисунке 25 и в таблице 9, данные которых свидетельствуют, что за изучаемый промежуток времени число коек в базовой медицинской организации сократилось на 35,5% (с 1040 коек в 2015 г., до 670 коек в 2019 г.).

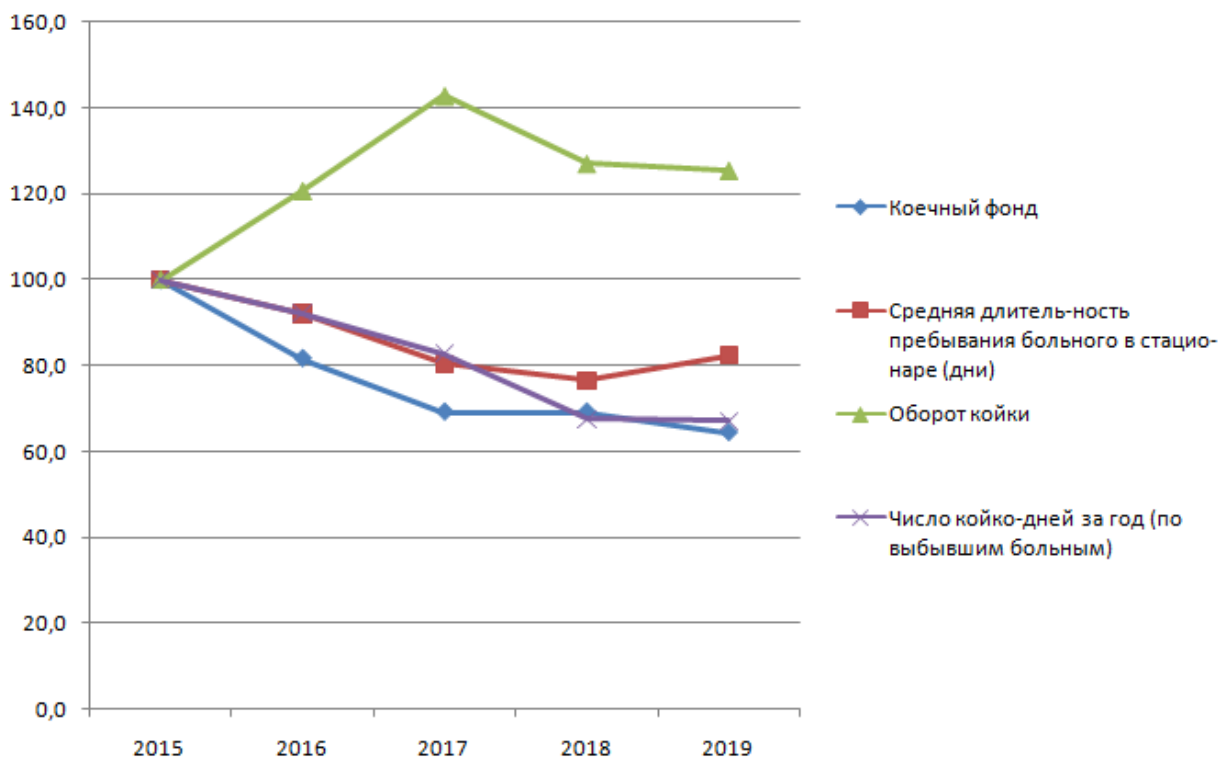


Рисунок 25 - Показатели наглядности деятельности психиатрического стационара (% к 2015 г.)

Таблица 9 - Показатели деятельности психиатрического стационара

Год	Коечный фонд	Средняя длительность пребывания больного в стационаре (дни)	Оборот койки	Число койко-дней за год (по выбывшим больным)
2015	1040	51,0	6,3	334869
2016	850	47,0	7,6	308982
2017	720	41,0	9,0	277429
2018	720	39,0	8,0	225553
2019	670	42,0	7,9	224773
Прирост/убыль к 2015г., %	-35,6	-17,6	25,4	-32,9

[25]

Коечный фонд за исследуемый период времени заметно уменьшился с 1040 коек в 2015 г. до 670 в 2019 г., убыль составила 35,6%.

«Средняя длительность пребывания больного в стационаре уменьшилась на 17,6%: в 2015 г. – 51,0 день, в 2016 г. – 47,0 дней, в 2017 г. – 41,0 день, 2018 г. – 39,0 дней, 2019 г. – 42,0 дня. Увеличился оборот койки с 6,3 в 2015 г. до 7,9 в 2019 г., прирост данного показателя по отношению к 2015 г. составил 25,4%. Уменьшилось число койко-дней в 1,4 раза, с 334869 дней в 2015 г. до 224773 дней в 2019 г., убыль составила 32,9%» [179].

«Первичный выход на инвалидность психически больных, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, по годам составил: в 2015 г. – 177 человек (2,7% от числа всех пролеченных больных); в 2019 г. – 64 человек (1,3% от числа всех пролеченных больных). Данный факт снижения показателя первичного выхода на инвалидность, вероятнее всего, связан с переходом под наблюдение части больных в амбулаторную службу (дневной стационар)» [180].

В настоящее время в стационаре лечатся лишь пациенты с затяжными, хроническими заболеваниями, состояние которых требует их длительного пребывания в больничном учреждении.

Процент повторных госпитализаций сохранялся на достаточно высоком уровне – в 2015 г. (26,1%), в 2016 г. (26,8%), в 2017 г. (24,2%), в 2018 г. (32,4%), в 2019 г. (34,0%).

За три первых исследуемых года (2015–2017 гг.) отмечалась тенденция к снижению с 26,1% в 2015 г. до 24,2% в 2017 г. С 2018 года число повторных госпитализаций стало увеличиваться: в 2018 г. – 32,4%, в 2019 г. – 34,0%. (рисунок 26).

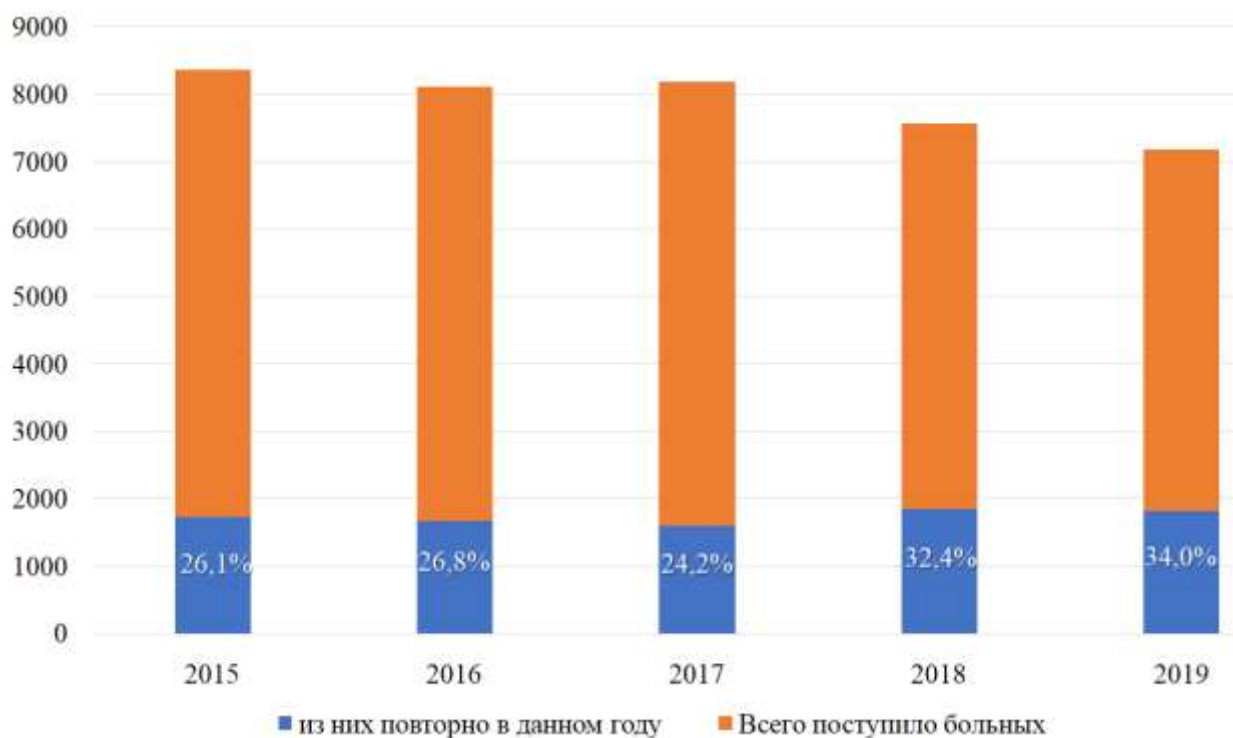


Рисунок 26 - Число повторных госпитализаций больных в стационар базовой медицинской организации

«Снижение данного показателя обусловлено наличием преемственности между стационарным звеном, амбулаторной участковой службой, своевременным направлением психически больных, так называемый «перехват», в стационарозамещающие подразделения амбулаторного модуля.

Уменьшилось число пациентов, пролеченных в недобровольном порядке (по ст. 29 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). В 2015 г. доля недобровольной госпитализации составила 34,3% (2274 человека), в 2016 г. – 29,7% (1920 человек), в 2017 г. – 28,2% (1860 человек), в 2018 г. – 31,0% (1624 человека), в 2019 г. – 30,6% (1582 человека) от числа всех пролеченных больных ежегодно.

Снижение показателя недобровольной госпитализации обусловлено эффективной работой амбулаторной службы, дневного стационара» [180] и его структурных подразделений.

Таким образом, «несмотря на развитую сеть медицинских организаций, оказывающих психиатрическую» [179] «помощь пациентам в настоящее время, в

психиатрической службе, продолжают сохраняться некоторые негативные моменты оказания данного вида помощи, а именно, стигматизация – «навешивание на больного ярлыка «психически больной». Данное явление достаточно распространено, например, отношение врача к психически больному (называют пациента на «ты»); в семье – близкие сначала не допускают мысли о наличии заболевания у родственника, близкого человека, позже происходит изоляция всей семьи, принятие себя «изгоем».

Общество снисходительно относится к людям, которые высказывают абсурдные, бредовые идеи. Стигматизация проявляется к самим членам семьи психически больного. Общество сторонится людей, прошедших лечение в психиатрической больнице.

Стигматизация психически больных может привести к их дискриминации в обществе: к таким лицам начинают относиться предвзято, частично ограничивают в правах, лишают должной помощи.

Несколько столетий лиц с психическими расстройствами изолировали от общества, они были гонимы, их уничтожали физически. Страх оказаться в такой ситуации в настоящее время, остался у них в подсознании, на генетическом уровне. И сегодня, стигматизация является одним из важных вопросов в области психических расстройств.

Другим негативным моментом при оказании больным стационарной психиатрической помощи являются» [180] повторные госпитализации, по нашим данным в 2015 г. они составили 26,1%, в 2019 г. – 34,0%. «Повторные госпитализации обусловлены частично неэффективностью лечения больных в стационаре, отсутствием либо недостатком преемственности в структурных звеньях: врач-психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе; необходимостью использовать бригадный подход в лечении психически больных, учитывать комплексный характер параметров, выявленных во время обследования и лечения пациента, то есть его клинические, психологические и социальные аспекты» [25, 177, 180].

«Положительным моментом представляется снижение длительности госпитализации психически больных. К сокращению длительности госпитализации необходимо подходить индивидуально, в каждом случае.

Пациенты с тяжелой психотической симптоматикой, с частыми затяжными психическими расстройствами, обострениями заболевания, резистентными к проводимой в стационаре терапии с суицидальными намерениями, агрессивным поведением, нуждаются в более длительном лечении в психиатрическом стационаре, чем пациенты с более легкими формами течения психического заболевания, редкими обострениями. Длительность лечения таких пациентов может быть достаточно непродолжительной.

Обязательно в лечении психически больного должна присутствовать преемственность при оказании им помощи» [177] на различных ее этапах.

5.4. Результаты экспертной оценки показаний к госпитализации психически больных

«Пребывание в закрытом психиатрическом стационаре – явление, сопряженное с достаточно высокой десоциализирующей составляющей, вследствие которой у больных развивается негативное расстройство – госпитализм. Возникает госпитализм чаще всего при повторном либо длительном пребывании больного в больничной среде психиатрического стационара.

Вследствие этих факторов пациент вживается в роль хронически больного, его пребывание в стационаре становится «стилем жизни». Отвыкая от жизни за пределами больницы, человек порой прикладывает значительные усилия для того, чтобы вновь вернуться в стационар [117].

К негативным аспектам работы психиатрических стационаров можно отнести и недостаточный мониторинг за состоянием больного после выписки, большую длительность пребывания в стационаре, чем требует» [180] состояние здоровья. Наш практический опыт свидетельствует, что определенная доля

больных, находящихся в психиатрическом стационаре, могут лечиться амбулаторно, находясь под опекой социальной службы.

В соответствии с программой исследования нами проведена экспертная оценка обоснованности госпитализации «психически больных и сроков их пребывания в психиатрическом стационаре.

В ходе проведенного исследования эксперты отметили, что лечебно-диагностические мероприятия в полном объеме были проведены всем пациентам, которым было показано лечение в условиях психиатрического стационара, в соответствии со сроками лечения по разным нозологическим единицам.

По мнению экспертов, условия пребывания в психиатрическом стационаре были показаны не всем пациентам, профиль занимаемой психиатрической койки соответствовал необходимому для больного профилю в 2015 году – 85,7%; в 2016 году – 86,5%» [23]; в 2017 году – 85,0%.

Соответственно, отсутствовали показания к госпитализации в 9,3% случаев в 2015 г., 2016 г. – 13,5%, 15,0% в 2017 г. (за 3 года различия статистически не значимы) (таблица 10).

Таблица 10 - Мнение экспертов относительно показаний к госпитализации психически больных в стационар базовой медицинской организации в 2015–2017 гг. (в %)

Госпитализация	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Показана	85,7	86,5	85,0
Не показана	9,3	13,5	15,0
Число карт экспертной оценки больного	100	100	100

Примечание. Различия статистически не значимы ($p > 0,05$) [23]

«Следует отметить, что в 2015–2017 гг. пациенты еще не имели возможности лечиться в полной мере в дневных стационарах и стационарах на дому, так как новые организационные формы оказания психиатрической помощи – отделение

оказания интенсивной психиатрической помощи на базе дневного стационара и на дому было открыто позже. Поэтому пациенты в состоянии обострения психического заболевания, минуя участковую амбулаторную службу и дневной стационар, сразу же попадали на лечение в психиатрический стационар ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» [23].

«Экспертами были определены типы отделений, где могли бы проходить лечение пациенты при необоснованной госпитализации. Так, в 2015 году необоснованно было госпитализировано 9,3% пациентов, из них 26,7% было показано лечение в дневном стационаре. Это были пациенты с диагнозами: органическое расстройство личности в связи со смешанным заболеванием (F07, МКБ-10), сосудистая деменция (F01, МКБ-10), шизофрения ипохондрическая (F20, МКБ-10), паническое расстройство (F41, МКБ-10).

Лечение в психоневрологическом диспансере было рекомендовано экспертами 33,3% пациентов с диагнозами: умственная отсталость (F70, МКБ-10), рекуррентное депрессивное расстройство (F33, МКБ-10), сосудистая деменция на начальных этапах заболевания (F01, МКБ-10).

В стационаре на дому экспертами рекомендовалось лечение психически больным с хроническими заболеваниями. Это, в основном, пациенты с сосудистой деменцией (F01, МКБ-10), которые нуждались в наблюдении и уходе.

В соматическом стационаре эксперты рекомендовали лечение больным с органическим расстройством личности (F07, МКБ-10) и соматическими заболеваниями. В неврологическом отделении было рекомендовано лечение больным с сосудистой деменцией (F01, МКБ-10) и наличием у них неврологической симптоматики.

Так, в 2016 году экспертами выявлен 21 случай необоснованной госпитализации в стационар (13,3%), из них лечение в дневном стационаре было рекомендовано 33,4% пациентов с диагнозами: рекуррентное депрессивное расстройство (F33, МКБ-10), депрессивным расстройством (F32, МКБ-10), генерализованным тревожно-депрессивным расстройством (F43, МКБ-10),

органическим расстройством личности (F07, МКБ-10), шизофренией (F20, МКБ-10)» [23] (таблица 11).

Таблица 11 - Тип учреждения, где могли бы проходить лечение больного при необоснованной госпитализации (в %)

Госпитализация	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Дневной стационар	26,7	33,4	27,3
Амбулаторная участковая служба	33,3	23,8	31,8
Стационар на дому	20,0	19,0	22,7
Соматический стационар	13,4	14,3	9,0
Неврологический стационар	6,6	9,5	9,2
Всего:	100	100	100

Примечание. Различия статистически не значимы ($p > 0,05$) [23]

«Лечение в амбулаторных условиях эксперты предложили 23,8% пациентам с такими диагнозами как: биполярное аффективное расстройство (F31, МКБ-10), смешанным расстройством эмоций и поведения (F91, МКБ-10), кратковременной депрессивной реакцией (F38, МКБ-10).

Стационар на дому был рекомендован экспертами 19,0% больных с диагнозом: шизофрения (F20, МКБ-10), органическое расстройство личности (F07, МКБ-10), сосудистая деменция (F01, МКБ-10). Лечение в условиях соматического стационара было рекомендовано экспертами 14,3% пациентов с диагнозом сосудистая деменция (F01, МКБ-10) с легочной и сердечно-сосудистой симптоматикой.

Среди всех пациентов эксперты рекомендовали лечение 9,5% пациентам в неврологическом стационаре с диагнозом сосудистая деменция (F01, МКБ-10) и выраженной неврологической симптоматикой.

В 2017 году экспертами установлено 15,0% случаев необоснованной госпитализации в психиатрический стационар. Из них 27,3% пациентов

рекомендовали лечение в дневном стационаре с диагнозом шизофрения (F20, МКБ-10), рекуррентное депрессивное расстройство (F33, МКБ-10)» [23].

«Амбулаторное лечение по месту жительства было рекомендовано экспертами 31,8% пациентов с диагнозами: расстройство адаптации (F92, МКБ-10), деменция смешанного генеза (F03, МКБ-10), шизофрения (F20, МКБ-10) в стадии терапевтической ремиссии.

Среди всех пациентов эксперты рекомендовали стационар на дому 22,7% пациентам с диагнозами: органическое расстройство личности (F07, МКБ-10), депрессивное расстройство (F32, МКБ-10), шизофрения (F20, МКБ-10) с признаками терапевтической ремиссии.

Соматическое отделение экспертами было рекомендовано 9,0% больных с диагнозами: сосудистая деменция (F01, МКБ-10) и острой почечной недостаточностью, шизофрения (F20, МКБ-10) и сахарным диабетом, выявленным впервые в жизни. Неврологический стационар был рекомендован экспертами 9,2% пациентов с диагнозами: органическое расстройство личности (F07, МКБ-10) с выраженной неврологической симптоматикой, умственная отсталость (F70, МКБ-10)» [23] с эпилептическим синдромом.

В таблице 12 «отражены фактические сроки госпитализации пациентов и сроки лечения, рекомендованные экспертами. Из данной таблицы видно, что фактические сроки пребывания во всех предложенных для лечения пациентов условиях, кроме стационара на дому, несколько меньше тех, которые рекомендовали эксперты. Специалисты внимательно проанализировали каждую карту больного, его психический статус, состояние, течение заболевания и рекомендовали реальные сроки пребывания больных в этих структурных подразделениях» [23].

Таблица 12 - Фактические и рекомендованные экспертные сроки лечения психически больных ($M \pm \sigma$)

Тип учреждения	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	Число дней		Число дней		Число дней	
	Факт.	Рек.	Факт.	Рек.	Факт.	Рек.
Дневной стационар	35,0±3,73	40,1±3,19	18,4±1,41	35,3±1,13	30,5±3,68	45,7±2,86
Амбулаторная участковая служба	25,2±2,86	30,9±0,12	21,9±3,18	25,0±1,63	21,0±4,30	30,0±3,96
Стационар на дому	35,4±3,62	20,0±2,18	40,3±3,67	20,7±1,31	45,8±4,74	20,4±3,09
Соматический стационар	7,2±2,11	20,4±2,00	15,0±1,78	20,1±1,26	10,5±5,93	15,1±3,49
Неврологический стационар	12,8±2,54	20,4±1,21	10,9±3,03	15,0±1,38	12,5±5,84	20,0±2,40

[23]

«В целом анализ результатов экспертной оценки госпитализированных больных в зависимости от основного диагноза при госпитализации, рекомендованных сроков и объемов лечебно-диагностических мероприятий свидетельствует о необходимости более тщательного отбора пациентов на профильные психиатрические койки.

Таким образом, основную долю пациентов, у которых отсутствовали показания для госпитализации в стационар, составили пациенты с шизофренией – 33,3%. Данной группе пациентов психиатрическая помощь может оказываться в дневном стационаре, амбулаторно и в стационаре на дому» [23].

В целом, в ходе проведенного анализа выявлено, что в течение изучаемого периода на 38,8% сократился коечный фонд, сохраняется высоким количество амбулаторных посещений, значимо увеличилось число пациенто-дней в дневном стационаре. Т.е. проведенный анализ свидетельствует о постепенном переходе от стационарной к «внебольничной психиатрической помощи, что соответствует Концепции» [23] ее развития в городе Москве.

«Таким образом, говоря в целом о стационарной психиатрической помощи, ее реформировании, нужно отметить, что, процесс деинституционализации должен проходить постепенно с параллельным развитием внебольничной психиатрической службы, сокращением длительности госпитализации,

налаживанием преемственности между различными этапами оказания психиатрической помощи: стационаром (больницей), дневным стационаром, амбулаторным звеном.

Основной акцент в реформировании психиатрической службы должен быть сделан на повышение медицинской, социальной и экономической эффективности, оптимальное восстановление клинических и социально-личностных» [180] качеств пациентов.

Резюме. Анализ результатов экспертной оценки свидетельствует о «необходимости более тщательного отбора пациентов на профильные психиатрические койки» [23]. Выявлено, что в среднем за 2015–2017 гг. 12,6% психически больных были необоснованно госпитализированы, большинство из них (33,3%) составили больные шизофренией. По мнению экспертов, при отсутствии показаний к госпитализации в стационар психиатрическая помощь могла быть оказана в дневном стационаре (в 26,7% случаев), в психоневрологическом диспансере по месту жительства (в 29,6% случаев), в стационаре на дому (в 20,3% случаев).

ГЛАВА 6. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ (АМБУЛАТОРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МОДУЛЯ)

6.1. Анализ результатов изучения мнений врачей и пациентов (их родственников) о качестве организации деятельности амбулаторного психиатрического модуля

«Как было указано выше, в настоящее время в Москве внедряется общественно ориентированная модель оказания психиатрической помощи пациентам, среди» [177] основных направлений которой: интеграция социальных услуг в процесс оказания помощи, «участие социального окружения, совершенствование системы психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации» [181] с одновременным повышением доступности для населения, т.е. проводимые реформы направлены не только на повышение медицинской результативности, но и «на более эффективную социализацию психически больных» [181]. В этой связи важным является изучение общественного мнения о проводимых реформах в организации первичной специализированной медико-санитарной помощи больным с психическими расстройствами.

6.1.1. Результаты опроса пациентов (их родственников)

Учитывая, что одной из основных задач проводимой в настоящее время реструктуризации психиатрической службы в городе Москве является реализация концепции общественно ориентированной психиатрии, базирующейся на биопсихосоциальном подходе, при определении эффекта внедряемых новаций, нами, в первую очередь, изучался социальный эффект, под которым мы, в

частности, понимаем удовлетворенность потребителей и производителей конкретного вида медицинских услуг данными новациями.

В соответствии с методикой исследования было проведено социологическое исследование среди пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре на базе психоневрологического диспансера (в амбулаторном модуле). Всего в опросе приняли участие 311 респондентов.

Среди респондентов пациенты до 30 лет составили 15,0%, в возрасте 31–59 лет – 58,5%, 60 лет и старше – 26,5% (рисунок 27).

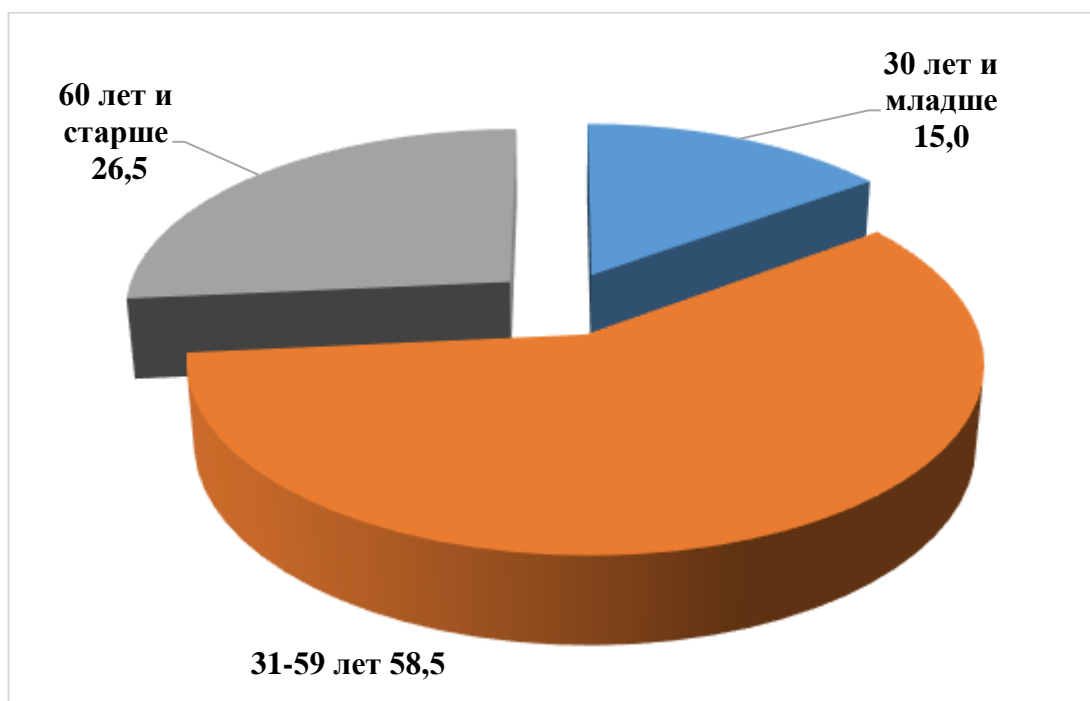


Рисунок 27 - Распределение респондентов по возрасту (в %)

Среди опрошенных большинство (73,5%) составили неработающие граждане (33,9%), лица, ограниченные в трудоспособности – 20,3%, и временно не работающие – 19,3%. Также в опросе приняли участие служащие учреждений различных форм собственности (по 5,5%), студенты (3,2%) и др. (рисунок 28).



Рисунок 28 - Распределение респондентов по социальному статусу (в %)

Среди пациентов, участвующих в опросе, только 18,4% обратились за медицинской психиатрической помощью впервые в течение последних трех лет, остальные опрошенные регулярно с различной частотой обращаются за данным видом помощи (рисунок 29).

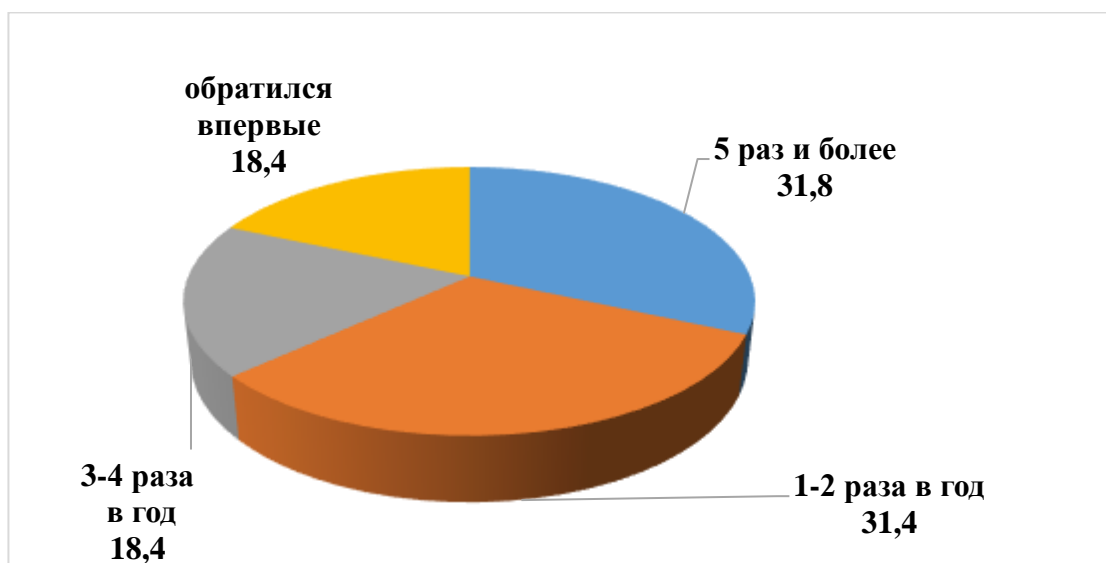


Рисунок 29 - Распределение респондентов по частоте обращения за медицинской психиатрической помощью в течение последних трех лет (в %)

Среди опрошенных почти 60,0% ранее уже проходили курс лечения в дневном стационаре на базе психоневрологического диспансера (рисунок 30).

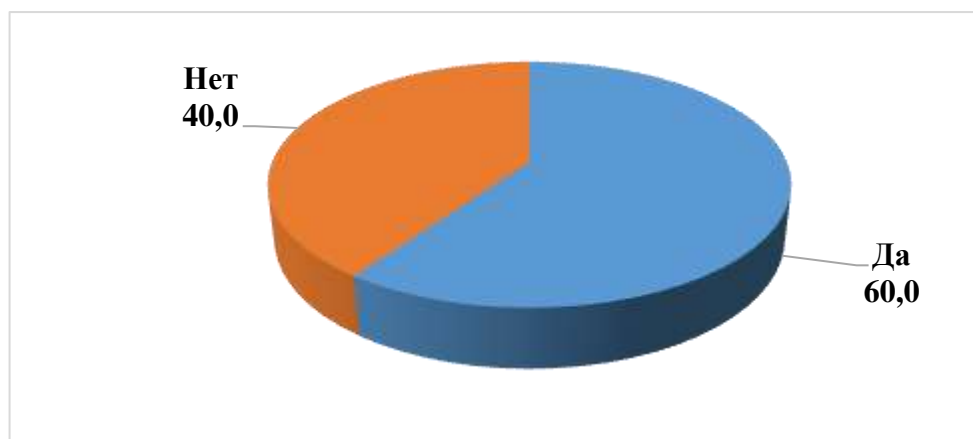


Рисунок 30 - Распределение мнений респондентов о лечении в дневном стационаре на базе психоневрологического диспансера ранее (в %)

Вопросы доступности медицинской помощи, в т.ч. временной, являются основными для многих групп пациентов (маломобильных, имеющих инвалидность по различным заболеваниям, старших возрастных групп и др.).

В ходе опроса было выявлено, что лишь 25,0% опрошенных могут дойти до диспансера пешком в пределах 30 минут, большинство же пациентов (37,0%) вынуждены добираться до него в пределах 1 часа транспортом, 15% – более 1 часа на транспорте (рисунок 31).



Рисунок 31 - Распределение мнений респондентов о доступности диспансера

Результаты опроса свидетельствуют, что почти для половины пациентов (44,6 на 100 опрошенных) наиболее важными факторами при получении медицинской помощи в дневном стационаре (амбулаторном модуле) являются: «своевременность оказания медицинской помощи или отсутствие длительного ожидания при получении медицинской помощи» (35,3), внимательное отношение медицинского персонала (33,7), территориальная доступность медицинского учреждения (29,8) и наличие в нем высококвалифицированных врачей (29,2). Далее по значимости следуют такие факторы как: меньшая по сравнению со стационаром психическая травматизация (22,4), близость к социально-общественной жизни (17,9) и др. (рисунок 32).

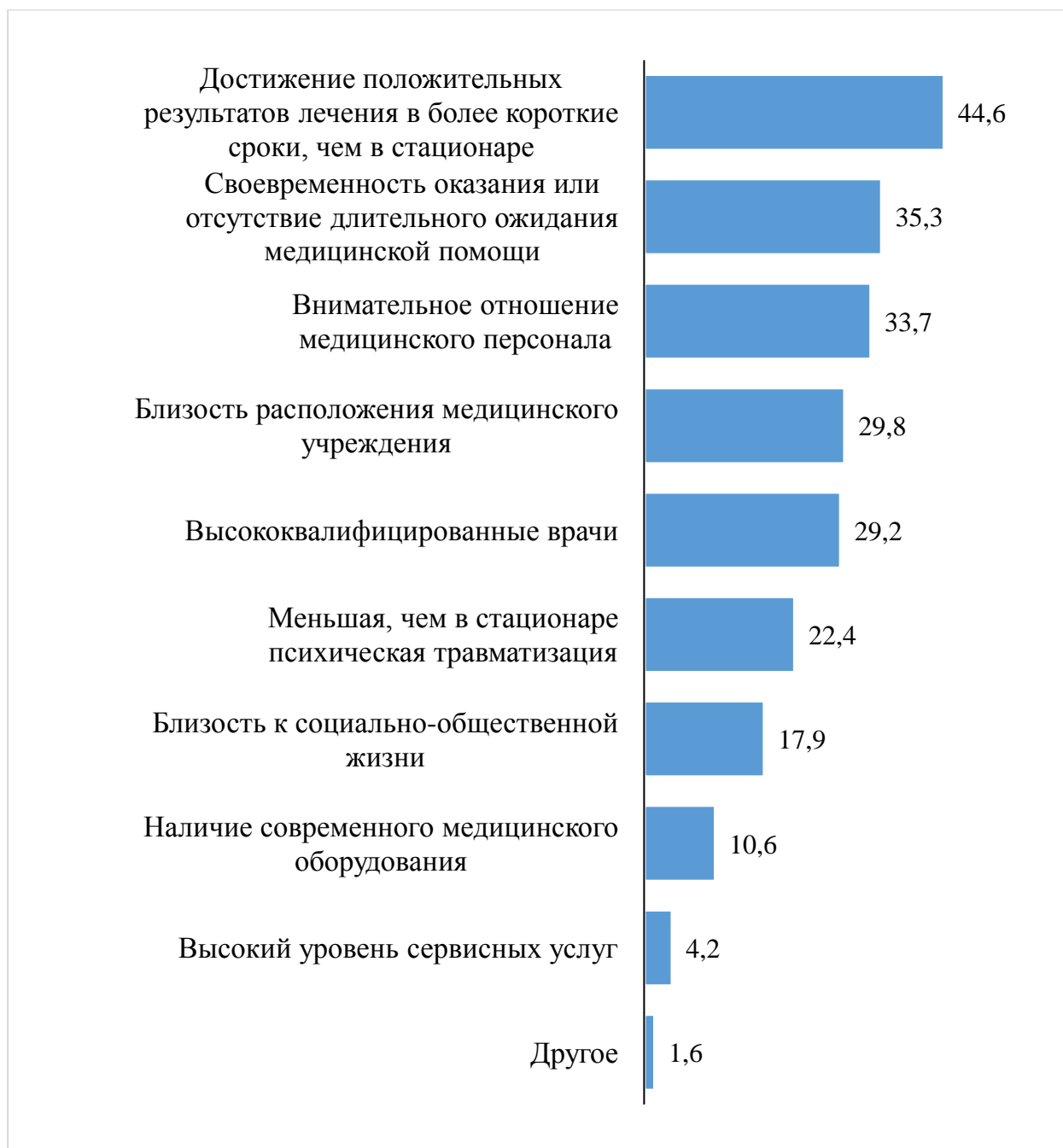


Рисунок 32 - Распределение мнений респондентов о факторах, влияющих на удовлетворенность полученной медицинской помощью (на 100 опрошенных)

Было выявлено, что уровень сервисных услуг не является приоритетом при получении психиатрической помощи в дневном стационаре. Лишь 4,2 на 100 опрошенных указали на значимость для них данного фактора.

При этом следует отметить, что почти 30,0% опрошенных не в полной мере удовлетворены комфортностью пребывания в дневном стационаре и 7,1% – не удовлетворены ею (рисунок 33).

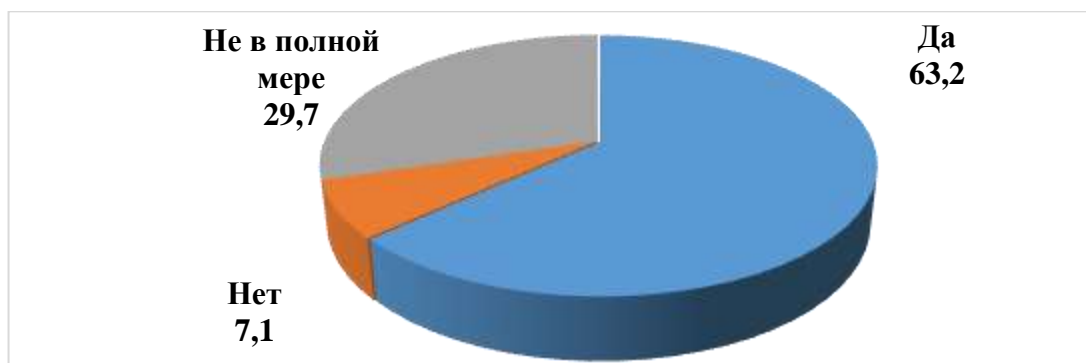


Рисунок 33 - Удовлетворенность респондентов комфортностью условий пребывания в дневном стационаре (в %)

Среди респондентов 59,8% по направлению врача-психиатра проходили реабилитацию в медико-реабилитационном отделении амбулаторного модуля. Большинство из них (73,9%) удовлетворены качеством организации работы данного отделения (рисунок 34).

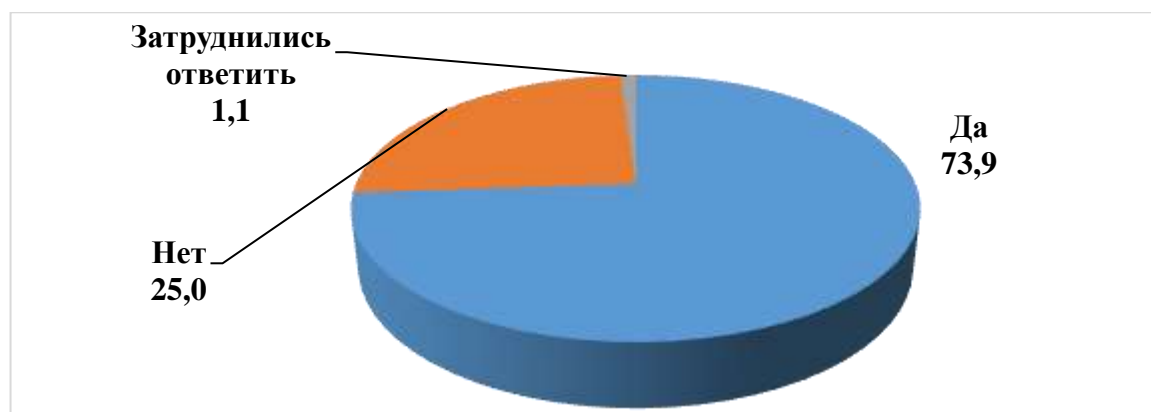


Рисунок 34 - Удовлетворенность респондентов качеством работы медико-реабилитационного отделения (в %)

Выявлено, что 78,3% опрошенных удовлетворены результатами оказанной им медицинской помощи в дневном стационаре (амбулаторном модуле), 18,3% удовлетворены ими не в полной мере и 3,4% остались не удовлетворены полученными результатами ($p < 0,05$) (рисунок 35).

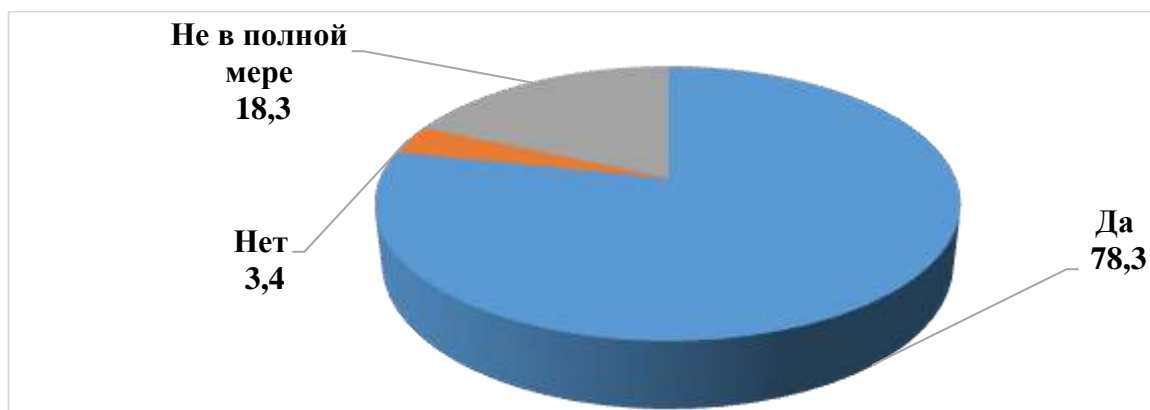


Рисунок 35 - Удовлетворенность респондентов результатами медицинского обслуживания в дневном стационаре диспансерного отделения (в %)

Как показали результаты исследования, для большинства пациентов амбулаторного модуля (60,1%) важно получать информацию о медицинских услугах, оказываемых в данном подразделении, 13,3% опрошенных интересны медицинские возможности только относительно их конкретного заболевания (рисунок 36).

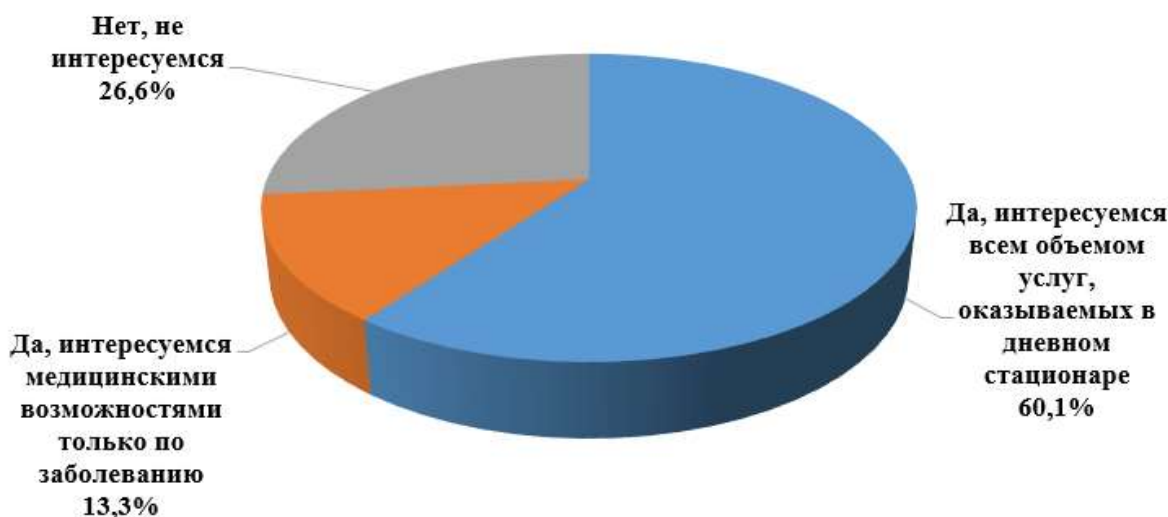


Рисунок 36 - Распределение мнений респондентов о необходимости информации об объеме медицинских услуг, оказываемых специалистами дневного стационара

В качестве предложений по улучшению качества организации «медицинской помощи на базе амбулаторного модуля» [50] были выделены: увеличение площади помещения, выделенного под амбулаторный модуль, и проведение ремонта,

улучшение лекарственного обеспечения и оснащенности медицинским оборудованием, повышение «доступности данного вида медицинской помощи» [176] и доступности реабилитационных мероприятий, проведение адекватной кадровой политики (привлечение высококвалифицированных специалистов, обучение врачей и др.).

6.1.2. Результаты опроса врачей о качестве организации деятельности амбулаторного психиатрического модуля

«Большинство опрошенных врачей (83,7%) – лица в возрасте 31–59 лет. Средний возраст опрошенных врачей стационара составил 42,9, врачей амбулаторного модуля – 41,5» [50] года (различия статистически не значимы).

Распределение опрошенных врачей по возрасту представлено в таблице 13.

Таблица 13 - Распределение опрошенных врачей по возрасту (в %)

Место работы врачей	Возраст			Всего
	30 лет и младше	31–59 лет	60 лет и старше	
Стационар	8,1±2,46	87,8±2,95	4,1±1,78	100,0
Амбулаторный модуль	16,4±4,74	75,4±5,51	8,2±3,51	100,0
Итого	10,9±2,29	83,7±2,72	5,4±1,67	100,0

Средний общий стаж работы всех опрошенных: 17,9 года, средний стаж работы по специальности – 15,1 года [50].

Распределение опрошенных врачей по общему стажу работы и стажу работы по специальности представлено в таблицах 14, 15 (различия между врачами стационара и амбулаторного модуля статистически не значимы).

Таблица 14 - Распределение опрошенных врачей по общему стажу работы (в %)

Место работы врачей	Стаж			Всего
	10 лет и меньше	11–19 лет	20 лет и больше	
Стационар	23,6±3,83	30,1±4,14	46,3±4,50	100,0
Амбулаторный модуль	31,1±5,93	31,1±5,93	37,8±6,21	100,0
Итого	26,1±3,24	30,4±3,39	43,5±3,65	100,0

Таблица 15 - Распределение опрошенных врачей по стажу работы по специальности (в %)

Место работы врачей	Стаж			Всего
	10 лет и меньше	11–19 лет	20 лет и больше	
Стационар	37,4±4,36	30,1±4,14	32,5±4,22	100,0
Амбулаторный модуль	39,4±6,26	29,5±5,84	31,1±5,93	100,0
Итого	38,0±3,58	29,9±3,37	32,1±3,44	100,0

Лечебные подразделения – стационары, внестационарные звенья психиатрической службы имеют важное значение для наблюдения и лечения пациентов психиатрического профиля [178].

В таблице 16 представлены данные социологического опроса врачей стационара и врачей психоневрологического диспансера. Анализ результатов позволил определить наиболее оптимальные условия оказания пациентам психиатрического профиля в состоянии обострения [50, 178].

Таблица 16 - Распределение мнений респондентов на вопрос: «Где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания?»

Наименование нозологической единицы	Врачи стационара		Врачи психоневрологического диспансера	
	Стационар	Амбулаторный модуль	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические (F0X)	85,4±3,19	14,6±3,19	73,8±5,63	26,2±5,63
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F1X)	95,9±1,78	4,1±1,78	98,4±1,63	1,6±1,63
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (F2X)	100,0	-	100,0	-
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3X)	87,0±3,03*	13,0±3,03*	70,5±5,84*	29,5±5,84*
Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4X)	26,0±3,96	74,0±3,96	16,4±4,74	83,6±4,74
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями (F5X)	54,5±4,49*	45,5±4,49*	31,1±5,93*	68,9±5,93*
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6X)	65,0±4,30	35,0±4,30	54,1±6,38	45,9±6,38
Умственная отсталость (F7X)	47,2±4,50	52,8±4,50	55,7±6,36	44,3±6,36
Нарушения психологического (психического) развития в состоянии обострения (F8X)	35,8±4,32	64,2±4,32	31,1±5,93	68,9±5,93
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте в состоянии обострения (F9X)	49,6±4,51	50,4±4,51	52,5±6,39	47,5±6,39

Примечание. * -различия значений показателей между врачами стационара и психоневрологического диспансера статистически значимы (p<0,05)

[178, 180]

По мнению подавляющего большинства врачей стационара и врачей психоневрологического диспансера, «пациенты в состоянии обострения с органическими расстройствами, включая симптоматические» [178] (МКБ-10 F0X), должны лечиться в стационаре (соответственно 85,4% и 73,8%), о возможности лечения в амбулаторном модуле высказались соответственно 14,6% и 26,2% специалистов. Полученные результаты свидетельствуют в первую очередь, о том, что врачи устанавливали соответствие между состоянием пациента и наиболее оптимальным «подразделением на основании своего личного опыта, клинической картины» [178] заболевания, тяжести течения заболевания пациентов, хотя полученные значения «не соотносятся с тенденциями реформирования психиатрической службы, которые делают акцент на внебольничные формы – дневной стационар, отделение интенсивного оказания помощи для лечения больных с психиатрическими расстройствами» [178].

Оптимальные условия оказания помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (МКБ-10 F1X) в остром состоянии – стационарные (по мнению 95,9% врачей стационара и 98,4% врачей психоневрологического диспансера). Полученные данные говорят о том, что, состояние пациентов данной категории оценивается как тяжелое, которое требует исключительно стационарного лечения, когда пациент опасен для себя и окружающих. Врачи устанавливали соответствие между состоянием пациента и наиболее оптимальным подразделением на основании клинической картиной заболевания, не учитывая, что в соответствии с Приказом ДЗМ от 21.02.2018 № 130 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ» больные этой группы лечатся в стационарах наркологического профиля [178].

По мнению всех опрошенных специалистов, пациенты, страдающие шизофренией, шизотипическими, бредовыми расстройствами (МКБ-10 F2x), должны получать психиатрическую помощь в условиях стационара. Мнение врачей относительно лечения пациентов с шизофреническим спектром

заболеваний «свидетельствуют о том, что новая парадигма в психиатрии еще не сформирована полностью, как среди врачей-психиатров, так и среди обслуживаемого населения» [178].

Для контингента больных с расстройствами настроения (аффективные расстройства) (F3X) сочли целесообразным их пребывание в стационаре 87,0% врачей стационара и 70,5% врачей психоневрологического диспансера. В данной ситуации врачи стационара и психоневрологического диспансера дали реальную картину по размещению больных с расстройствами настроения, т.е. это лечение пациентов и в стационаре, и в амбулаторном модуле. Вероятность статистической значимости различий $> 95,0\%$ [178].

Для «пациентов с невротическими расстройствами, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами» [178] (МКБ-10, F4X) наиболее оптимальные условия оказания психиатрической помощи – амбулаторный модуль (по мнению 74,0% врачей стационара и 83,6% врачей психоневрологического диспансера).

«Пациентам с поведенческими синдромами, связанными с физиологическим нарушением и физическими» [178] функциями (МКБ-10, F5X), врачи стационара называли примерно с одинаковой частотой в качестве оптимальных и стационарные (54,5%), и амбулаторные (45,5%) условия оказания помощи; врачи диспансера чаще выбирали амбулаторные условия (68,9% респондентов). По данной нозологии различия показателей между врачами стационара и психоневрологического диспансера статистически значимы ($p < 0,05$) [178].

Оценивая категорию пациентов с расстройствами личности и поведения (МКБ-10, F6X) врачи стационара и диспансера учитывали клиническую картину психопатологических расстройств пациентов, возраст пациентов, предыдущие поступления пациентов в стационар. Распределение мнений респондентов относительно условий оказания психиатрической помощи представлено следующим образом: лечение данной группы больных в стационаре выбрали 65,0% врачей стационара и 54,1% врачей психоневрологического диспансера; лечение в условиях амбулаторного модуля – 35,0% и 45,9% соответственно [178].

Примерно равное распределение мнений респондентов относительно условий оказаний помощи пациентам с умственной отсталостью (МКБ-10, F7X) – врачи стационара в 47,2% случаев выбирали стационарные и в 52,8% - амбулаторный модуль; врачи психоневрологического диспансера – 55,7% и 44,3% соответственно, – может свидетельствовать об отсутствии учета «специфики психопатологической картины заболевания, причин поступления пациента в стационар» [178], а также об отсутствии информации у специалистов о новых стационарозамещающих структурных подразделениях.

Данная группа больных поступает в стационар для установления группы инвалидности, восстановления документов, утерянных больными, реже на обследование по военной экспертизе лиц призывного возраста. В остальных случаях пациенты с умственной отсталостью лечатся амбулаторно, в дневном стационаре, медико-реабилитационном отделении [178].

«Пациенты с нарушением психологического (психического) развития в состоянии обострения (МКБ-10, F8X) – это в основном детско-подростковый контингент» [178]. Полученные результаты опроса (стационарные условия как оптимальные для оказания помощи выбрали 35,8% врачей стационара и 31,1% врачей диспансера) могут свидетельствовать о «том, что, врачи обеих групп лечили пациентов данной нозологии с тяжелым, затяжным течением» [178]. Получать лечение пациентам с данным состоянием в условиях амбулаторного модуля рекомендовано было 64,2% врачей стационара и 68,9% врачей диспансера.

Примерно равное распределение мнений респондентов и относительно условий оказаний помощи пациентам с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения (МКБ-10, F9X): врачи стационара в 49,6% случаев выбирали стационарные условия и в 50,4% - амбулаторный модуль; врачи психоневрологического диспансера – 52,5% и 47,5% соответственно. В данном случае мнение опрошенных врачей позволяет думать о том, что врачи обращались лишь к своему опыту, к прошлому психиатрической службы, не всегда учитывая проводимые реформы в психиатрической службе, новую парадигму в психиатрии [178].

В таблице 17 представлены данные опроса врачей стационара и врачей психоневрологического диспансера относительно наиболее оптимальных условий оказания помощи пациентам психиатрического профиля в подостром состоянии [178].

Определяя наиболее оптимальные условия оказания психиатрической помощи пациентам с органическими расстройствами, включая симптоматические (МКБ-10 F0X), в подостром состоянии, врачи стационара выбрали стационарные (в 42,3% случаев) и амбулаторный модуль (в 57,7%); врачи психоневрологического диспансера в подавляющем большинстве случаев (82,0%) рекомендовали бы лечение в условиях амбулаторного модуля. Представленное распределение ответов достаточно приближено к реальной ситуации по учреждению, вероятность статистической значимости различий $>95\%$ между ответами врачей стационара и психоневрологического диспансера [178].

Таблица 17 - Распределение мнений респондентов на вопрос:
«Где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в подостром состоянии?»

Наименование нозологической единицы	Врачи стационара		Врачи психоневрологического диспансера	
	стационар	амбулаторный модуль	стационар	амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические (F0X)	42,3±4,45*	57,7±4,45*	18,0±4,92*	82,0±4,92*
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F1X)	72,4±4,03	27,6±4,03	60,7±6,25	39,3±6,25
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (F2X)	68,3±4,20	31,7±4,20	63,9±6,15	36,1±6,15
Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F3X)	39,0±4,40	61,0±4,40	27,9±5,74	72,1±5,74
Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4X)	5,7±2,09	94,3±2,09	8,2±3,51	91,8±3,51
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями (F5X)	21,1±3,68	78,9±3,68	9,8±3,81	90,2±3,81
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6X)	26,8±4,00	73,2±4,00	14,8±4,54	85,2±4,54
Умственная отсталость (F7X)	17,1±3,39	82,9±3,39	23,0±5,38	77,0±5,38
Нарушения психологического (психического) развития в состоянии обострения (F8X)	35,8±4,32	64,2±4,32	31,1±5,93	68,9±5,93
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте в состоянии обострения (F9X)	21,1±3,68	78,9±3,68	19,7±5,09	80,3±5,09

Примечание. * - различия значений показателей между врачами стационара и психоневрологического диспансера статистически значимы($p < 0,05$)
[178, 180]

Лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (МКБ-10 F1X) в подостром состоянии, по мнению опрошенных, может осуществляться и в стационарных условиях (72,4% врачей стационара и 60,7% врачей психоневрологического диспансера), и в условиях амбулаторного модуля (27,6% и 39,3% респондентов соответственно). Частоты выбора стационарных условий в качестве оптимальных, возможно, обусловлены тем, что, представленный контингент ранее лечился в психиатрическом стационаре и составлял более 30,0% от всех пролеченных пациентов, хотя такие больные находились в психиатрическом стационаре «не по профилю». Во исполнение приказа № 130 ДЗМ «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ», с 21 февраля 2018 года данный контингент лечится в наркологических медицинских учреждениях [178].

Только треть респондентов (31,7% врачей стационара и 36,1% врачей диспансера) рекомендовали бы лечение в условиях амбулаторного модуля пациентам с шизофренией и шизотипическими расстройствами (МКБ-10, F2X). Однако, в подостром состоянии контингенту больных шизофренического спектра необходимая медицинская помощь может оказываться новыми структурными подразделениями – специалистами круглосуточной психиатрической помощи с привлечением специалистов немедицинского профиля – психологов и социальных работников, в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, в дневном психиатрическом стационаре, амбулаторной участковой службе модуля. Медицинская помощь в стационарных условиях требуется в единичных случаях, например, при резистентности к проводимой терапии (0,5–1,0% случаев) [178].

По мнению большинства врачей стационара и врачей психоневрологического диспансера, пациенты в подостром состоянии обострения с расстройствами настроения (аффективные расстройства) (F3X), должны лечиться в амбулаторном модуле (соответственно 61,0% и 72,1%), о возможности лечения в стационаре модуле высказались соответственно 39,0% и 27,9% специалистов [178].

По мнению подавляющего большинства врачей стационара и врачей психоневрологического диспансера, пациенты в подостром состоянии с невротическими расстройствами, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (МКБ-10, F4X), должны лечиться в амбулаторном модуле (соответственно 94,3% и 90,2%). Приведенные показатели свидетельствуют о необходимости лечения пациентов с неврологической патологией в подостром состоянии вне стационара – амбулаторной участковой службе, в дневном стационаре, медико-реабилитационном отделении амбулаторного модуля [178].

Интересным представляется распределение мнений специалистов об условиях оказания помощи пациентам с поведенческими синдромами, связанными с физиологическим нарушением и физическими функциями (МКБ-10, F5X). Врачи стационара в 21,1% случаев рекомендовали бы стационарное лечение, в 78,9% - амбулаторное. Врачи диспансера в 90,2% случаев выбирали амбулаторный модуль. Вероятность статистической значимости различий по данной категории больных > 95,0% [178].

При оценке категории пациентов с расстройствами личности и поведения (МКБ-10, F6X), распределение мнений врачей стационара и диспансера относительно условий оказания психиатрической помощи представлено следующим образом: лечение данной группы больных в стационаре выбрали 26,8% врачей стационара и 14,8% врачей психоневрологического диспансера; лечение в условиях амбулаторного модуля – 73,2% и 85,2% соответственно. «Вектор в оказании психиатрической помощи пациентам с расстройствами личности сместился в сторону амбулаторного звена, что может быть обусловлено, в том числе, приемом новой парадигмы психиатрической службы, принятия врачами и пациентами новых форм стационарозамещающего лечения в психиатрическом модуле» [50].

Психиатрическая помощь пациентам с умственной отсталостью (МКБ-10, F7X) в стационарных условиях была рекомендована 17,7% врачей стационара и 23,0% врачей психоневрологического диспансера; в условиях амбулаторного модуля – 82,9% и 77,2% соответственно [178].

Около трети респондентов (35,8% врачей стационара и 31,1% врачей диспансера) пациентам с нарушением психологического (психического) развития в подостром состоянии (МКБ-10, F8X) в качестве оптимальных условий оказания помощи назвали стационар [178].

Для пациентов с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения (МКБ-10, F9X) наиболее оптимальные условия оказания психиатрической помощи – амбулаторный модуль (по мнению 78,9% врачей стационара и 80,3% врачей психоневрологического диспансера). Полученные данные свидетельствуют о том, что врачи еще не полностью перестроились на принятие новой парадигмы в психиатрии на современном этапе, т.е. на вовлечение вновь созданных внебольничных структур в оказание психиатрической помощи населению [178].

«Большинство респондентов (66,3 на 100 опрошенных) независимо от места работы (61,0 среди врачей стационара) сошлись во мнении относительно места организации амбулаторного модуля для оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами.

По их мнению, данная организационная форма должна создаваться на базе психоневрологического диспансера. Наряду с этим третья часть опрошенных (39,0 на 100 опрошенных среди врачей стационара и 27,9 – среди врачей диспансера) считает, что амбулаторный модуль должен функционировать на базе психиатрического стационара; соответственно 18,7 и 8,2 – на базе городской поликлиники» [50] (рисунок 37).

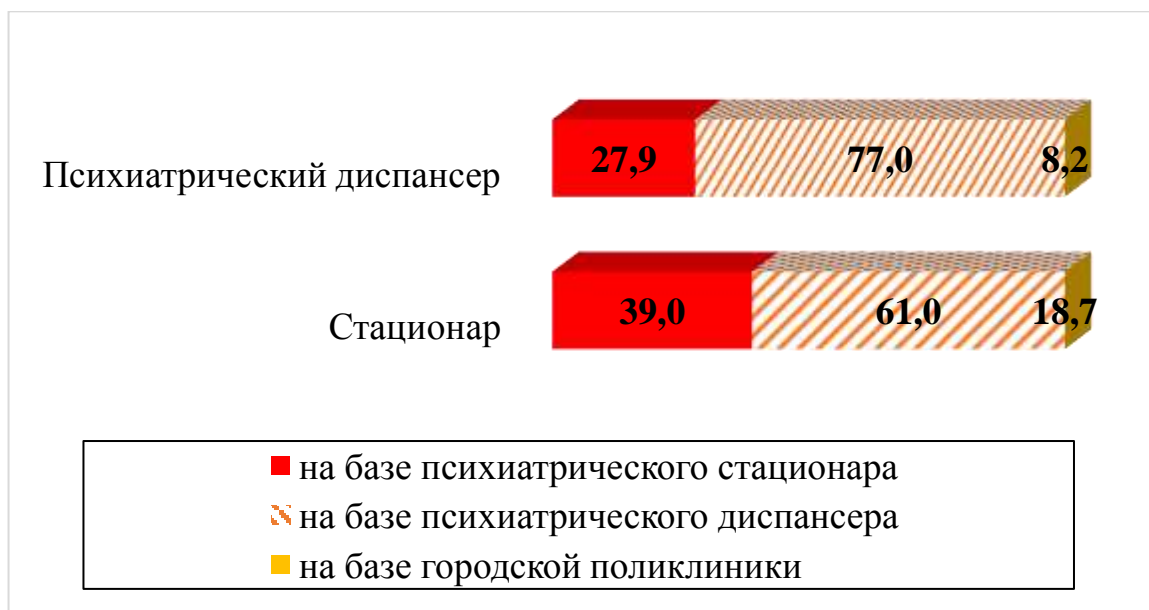


Рисунок 37 – Мнение опрошенных: «На базе каких медицинских организаций должен быть организован амбулаторный модуль для оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами?» (на 100 опрошенных) [50]

«Ответы врачей относительно того, где более оптимально было бы организовать отделение интенсивного оказания психиатрической помощи распределились следующим образом: 44,6% респондентов, независимо от места работы, считают, что правильным является его организация на базе дневного стационара в рамках амбулаторного модуля; 21,7% – считают это неправильным и достаточно большую долю составили врачи, затруднившиеся с ответом на данный вопрос (33,7%)» [50] (рисунок 38).

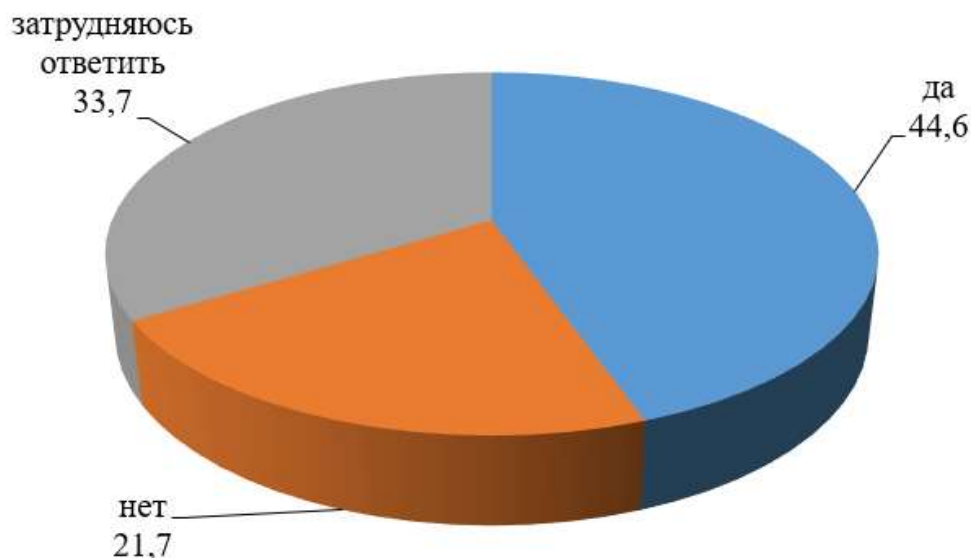


Рисунок 38 - Распределение ответов на вопрос «Правильно ли, что отделение интенсивного оказания психиатрической помощи организуется на базе дневного стационара в рамках амбулаторного модуля?» (в %) [50]

«Среди наиболее значимых факторов при лечении пациента в амбулаторном модуле респондентами обеих групп были выделены: большая по сравнению со стационарным лечением социальная адаптация пациента (80,4 на 100 опрошенных), территориальная доступность (73,9), снижение числа повторных госпитализаций (42,4) и сокращение сроков лечения (35,9), что, несомненно, способствует достижению определенного экономического эффекта. Также значимым, по мнению врачей, является то, что при лечении в амбулаторном модуле пациент может получать такой же объем помощи, как и в стационаре (25,5), более быстрое по сравнению со стационарным лечением редуцирование психиатрической симптоматики (8,7) и др.» [50] (таблица 18, рисунок 39).

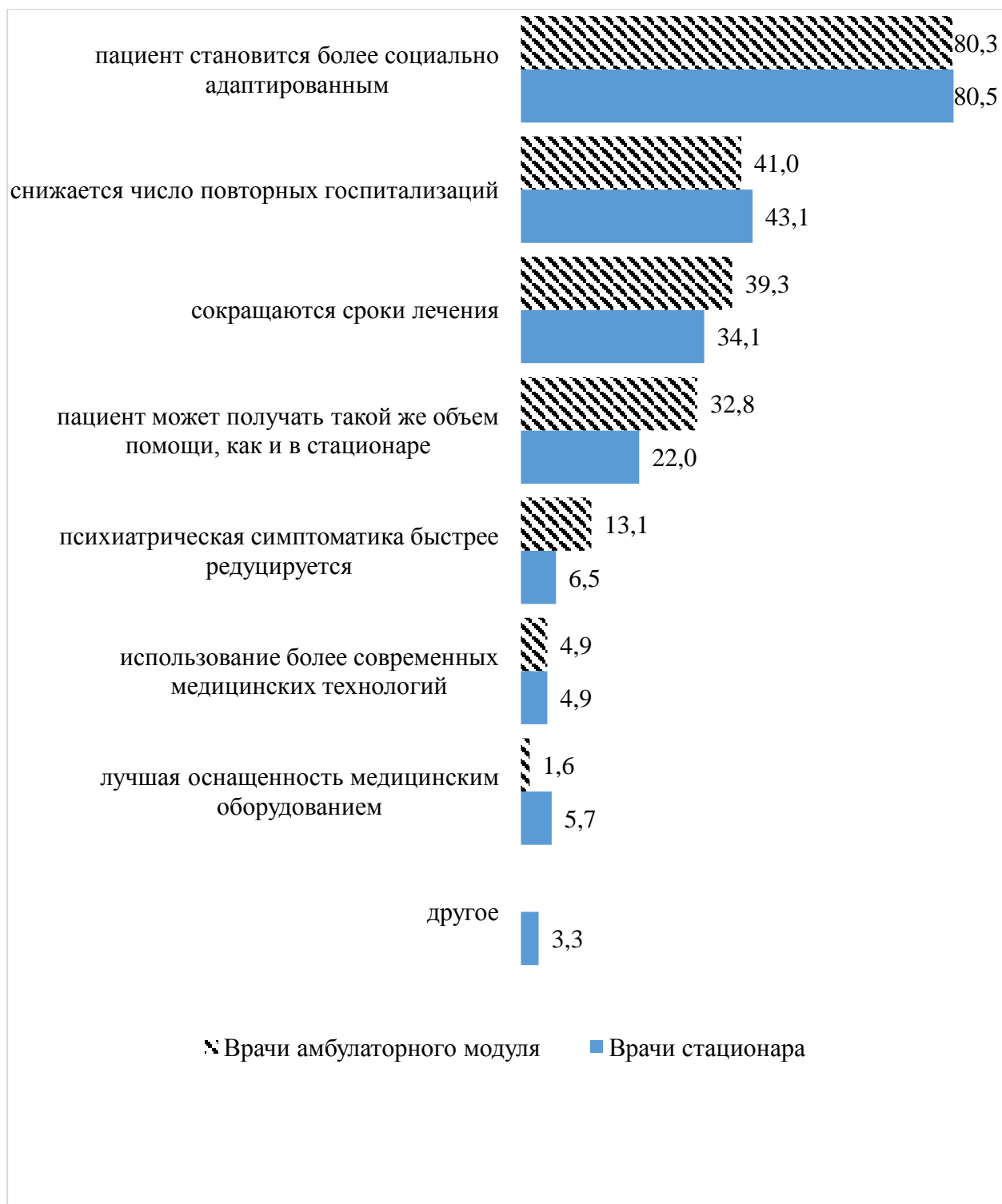


Рисунок 39 - Распределение мнений респондентов-врачей о наиболее значимых факторах при лечении пациентов в амбулаторном модуле (на 100 опрошенных)

Таблица 18 - Распределение мнений респондентов-врачей о наиболее значимых факторах при лечении пациентов в амбулаторном модуле (на 100 опрошенных)

Место работы врачей	Варианты ответов								
	Сокращаются сроки лечения	Психиатрическая симптоматика быстрее редуцируется	Близость к месту жительства пациента	Пациент становится более социально адаптированным	Пациент может получать такой же объем помощи, как и в стационаре	Лучшая оснащенность медицинским оборудованием	Использование более современных медицинских технологий	Снижается число повторных госпитализаций	Другое
Стационар	34,1±4,28	6,5±2,22	66,7±4,25*	80,5±3,57	22,0±3,73	5,7±2,09	4,9±1,94	43,1±4,47	3,3±1,60
Амбулаторный модуль	39,3±6,25	13,1±4,32	88,5±4,08*	80,3±5,09	32,8±6,01	1,6±1,63	4,9±2,77	41,0±6,30	-
Итого	35,9±3,54	8,7±2,08	73,9±3,24	80,4±2,92	25,5±3,22	4,3±1,50	4,9±1,59	42,4±3,64	2,2±1,08

Примечание. * - различия значений показателей между врачами стационара и психоневрологического диспансера статистически значимы ($p < 0,05$)

«Следует отметить, что на момент проведения опроса большинство респондентов обеих групп (46,3% среди врачей стационара и 36,1% среди врачей диспансера) затруднились выразить свое отношение и оценить степень удовлетворенности наличием преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь, что, по-видимому, связано с малым промежутком времени с момента внедрения данной организационной формы. В то же время среди опрошенных врачей диспансера 50,8% удовлетворены выполнением данного раздела работы (различия между врачами стационара и амбулаторного модуля статистически значимы ($p < 0,05$))» [50] (рисунок 40).

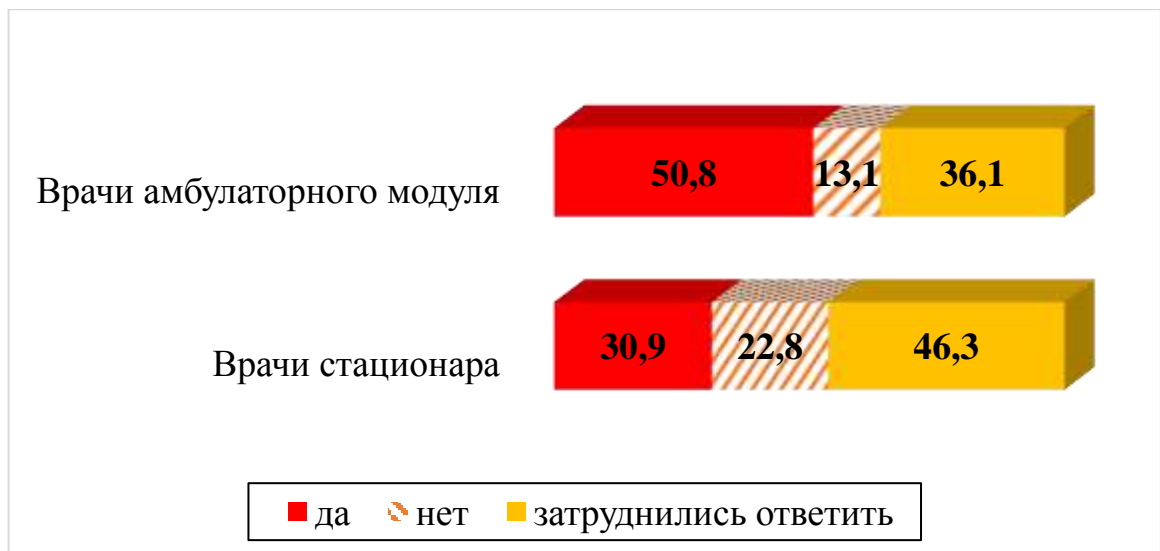


Рисунок 40 - Удовлетворенность врачей наличием преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь (%) [50]

«В ходе проведения настоящего исследования изучалось мнение врачей психоневрологического диспансера о качестве организации работы подразделений амбулаторного модуля. Полученные результаты представлены на рисунке 41 и свидетельствуют о достаточно высокой удовлетворенности респондентов качеством организации работы кабинета участковой амбулаторной помощи» [50] ($4,7 \pm 0,06$ балла по 5-балльной шкале) и кабинета психолога ($4,7 \pm 0,07$),

регистратуры ($4,6 \pm 0,08$). Требуется внесение соответствующих корректив в медико-реабилитационное отделение ($4,1 \pm 0,11$), «отделение интенсивного оказания психиатрической помощи» [182] ($4,1 \pm 0,13$), физиотерапевтический кабинет ($3,7 \pm 0,19$).



Рисунок 41 - Бальная оценка удовлетворенности врачей психоневрологического диспансера качеством организации работы подразделений амбулаторного модуля

«Наряду с вышесказанным необходимо принятие целенаправленных управленческих решений с целью улучшения взаимодействия между подразделениями новой организационной формы (амбулаторного модуля), т.к. на момент проведения опроса лишь половина респондентов (55,7%) выразили удовлетворенность по данному вопросу, 21,3% – выразили неудовлетворенность, а 23,0% – затруднились дать какую-либо оценку» [50] (рисунок 42).

«Похожим образом распределились ответы респондентов на вопрос об удовлетворенности преемственностью амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь: 50,8% –

удовлетворены, 16,4% – не удовлетворены, и достаточно значимая доля врачей (32,8%) – затруднились дать свою оценку» [50] (рисунок 43).

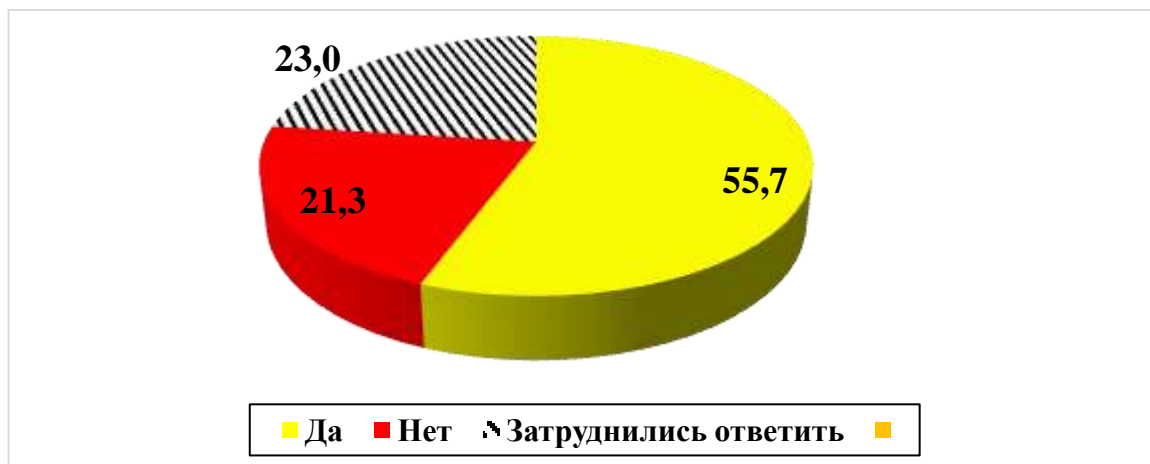


Рисунок 42 - Удовлетворенность респондентов отлаженностью взаимодействия между подразделениями амбулаторного модуля (%)

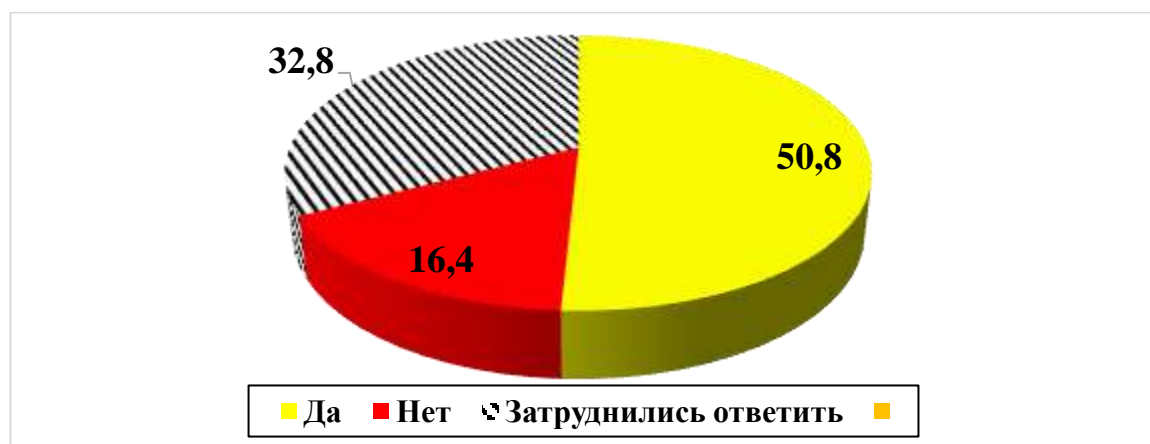


Рисунок 43 - Удовлетворенность респондентов наличием преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь (%) [50]

«Несомненно, необходимо налаживать взаимодействие новой организационной формы с другими медицинскими и немедицинскими организациями, а также проведение разъяснительной и информационной работы среди врачей.

Среди предложений, высказанных врачами относительно повышения качества организации и оказания медицинской помощи на базе амбулаторного

модуля, можно выделить следующие: дальнейшее налаживание преемственности в работе с психиатрическим стационаром и участковой службой, улучшение лекарственного обеспечения и организации реабилитационной работы, в частности вовлечение в данный процесс родственников пациентов.

Таким образом, результаты проведенного опроса свидетельствуют, что:

– врачи стационара и врачи психоневрологического диспансера недостаточно информированы о новой организационной форме (амбулаторном психиатрическом модуле), что требует проведения соответствующей разъяснительной работы; не в полной мере приняли новую парадигму психиатрической помощи и не пользуются всеми возможностями и услугами новых стационарозамещающих форм психиатрической службы (в силу ранее приобретенного опыта, стереотипно, продолжают направлять пациентов непосредственно в стационар);

– несмотря на достаточно короткий срок функционирования данной организационной формы, и врачи, и пациенты (их родственники) отмечают ее преимущества перед стационарным лечением (более быстрая социальная адаптация пациентов, сокращение сроков лечения, территориальная доступность, получение лечения идентичного с таковым в больничном учреждении и др.);

– в то же время существует необходимость улучшения взаимодействия между подразделениями новой организационной формы, совершенствования преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями.

Целесообразен перевод подобных исследований в разряд мониторинговых с целью оптимизации «информационного обеспечения управления» медицинскими организациями, оказывающими специализированную» [50] помощь психически больным.

Таким образом, реализация реформ специализированной медицинской помощи психически больным в городе Москве способствует снижению проявления стигматизации и социальной дискриминации, предотвращает наступление клинических состояний у психически больных, приводящих к вероятности совершения ими действий с нанесением вреда окружающим или самому себе,

способствует повышению доверия к врачу-психиатру, а также соблюдению законных гражданских прав.

6.2. Оценка качества и эффективности деятельности амбулаторного психиатрического модуля

Для оценки качества и эффективности оказания первичной специализированной помощи психически больным в условиях амбулаторного психиатрического модуля (АПМ) была использована, разработанная нами на основании экспертной оценки (глава 4.2) система показателей. Была проанализирована динамика ряда показателей, характеризующих объем работы медицинской организации, сложность медицинской помощи, ее результативность, качество и доступность, а также удовлетворенность потребителей медицинской помощью за период с 2014 г. по 2019 г. Кроме того, были рассмотрены ряд финансово-экономических показателей медицинской организации, отражающих деятельность АПМ. Анализ включал периоды до и после начала функционирования амбулаторного психиатрического модуля в 2016 г.

При анализе деятельности использовались показатели, отобранные экспертами для оценки работы АПМ: число пролеченных в АПМ на 1000 населения, число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе на 1000 человек, число посещений врача-психиатра на 1 жителя в год, число посещений врача-психиатра с лечебной целью в общем числе посещений, число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений и процедур, проведенных в кабинете ЛФК на 100 больных, закончивших лечение, число пролеченных в дневном стационаре), показатели, характеризующие качество медицинской помощи (своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях, своевременность охвата психиатрической помощью в АПМ, доля лиц, которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия), показатели, характеризующие результативность медицинской помощи (процент выполнения плана профилактических осмотров в

АПМ, доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения, частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах), доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи [181].

При анализе динамики количества пролеченных амбулаторных пациентов в 2014–2019 гг. можно отметить выраженную тенденцию роста показателя после запуска АПМ в 2016 г. В 2019 г. было пролечено на 27,2% больше пациентов по сравнению с 2014 г. (рисунок 44). Средний уровень показателя за 3 года после начала работы АПМ составил 110,9 на 1000 пациентов, что на 17,1% превышало аналогичный уровень 2014–2016 гг.

На рисунке 45 представлена динамика числа пациентов, получивших лечение в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе. С 2016 года данный показатель неуклонно растет. Всего за период наблюдения он характеризуется устойчивой тенденцией роста, которая аппроксимируется линейным уравнением тренда с коэффициентом детерминации 0,925. К уровню 2014 года количество пациентов, пролеченных на догоспитальном этапе, выросло в 2,2 раза (с 32,4 до 71,4 на 1000 человек). Средний уровень за 2017–2019 гг. вырос к периоду 2014–2016 гг. на 75% и составил 62,5 против 35,7 на 1000 человек.

Число посещений врача-психиатра на 1 жителя в год за анализируемый период достигло максимального уровня в 2017 г., через год после начала работы АПМ, и составило 4,2 на одного жителя. В следующие 2 года уровень показателя снижался и в 2019 г. составил 3,2 на 1 жителя, что на 23,8% меньше, чем в 2017 году, но на 23,1% больше, чем в 2014 г.

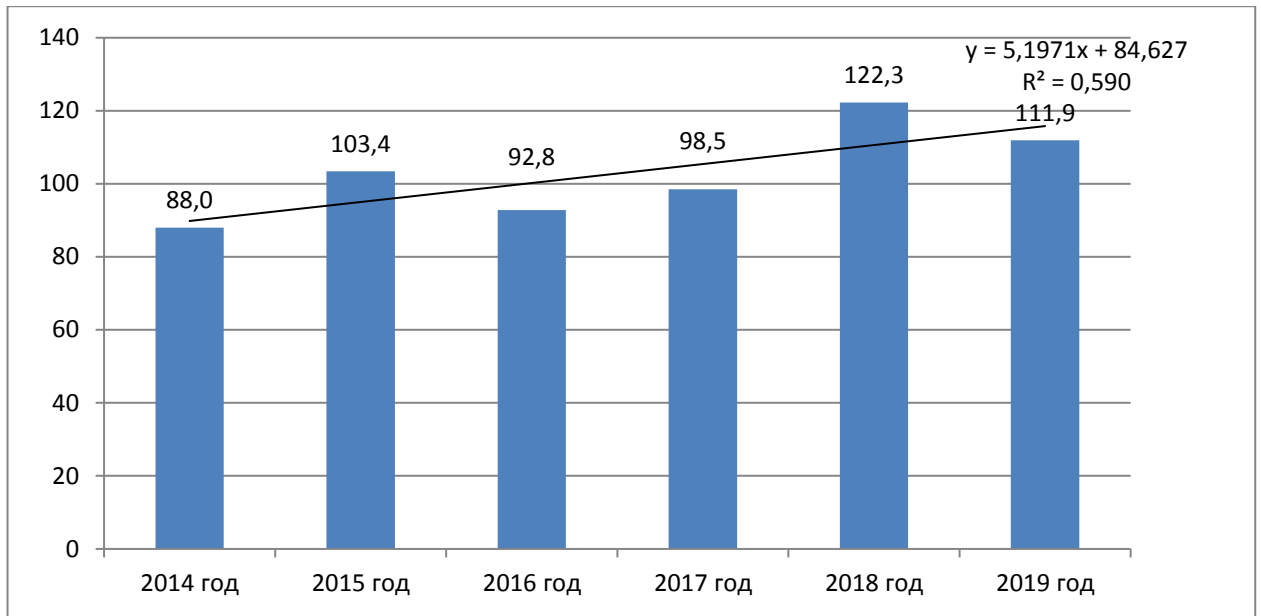


Рисунок 44 - Динамика количества пациентов, пролеченных в амбулаторном психиатрическом модуле в 2014–2019 гг. (на 1000 населения)

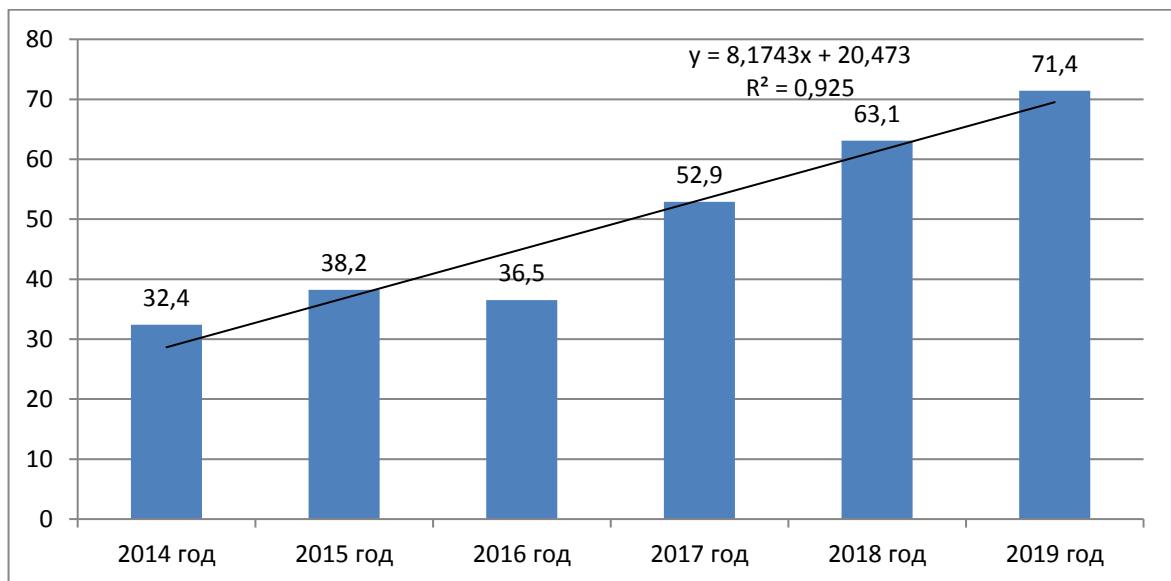


Рисунок 45 - Динамика количества пациентов, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе в 2014–2019 гг. (на 1000 человек)

Тенденция изменений данного показателя не является устойчивой, что подтверждается аппроксимацией динамики показателя полиномиальным уравнением тренда с коэффициентом детерминации 0,582 (рисунок 46).

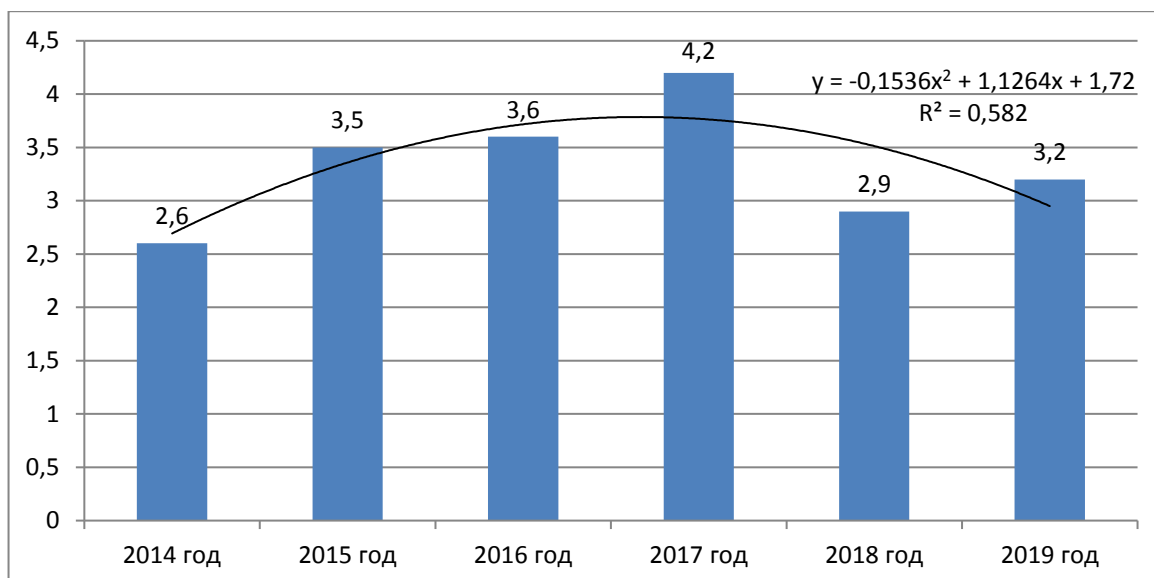


Рисунок 46 - Динамика числа посещений врача-психиатра на 1 жителя в год в 2014–2019 гг.

Устойчивостью характеризуется числа посещений врача-психиатра с лечебной целью в общем числе посещений в 2014–2019 гг. (рисунок 47). Динамика показателя объясняется линейным уравнением тренда на 74,5%.

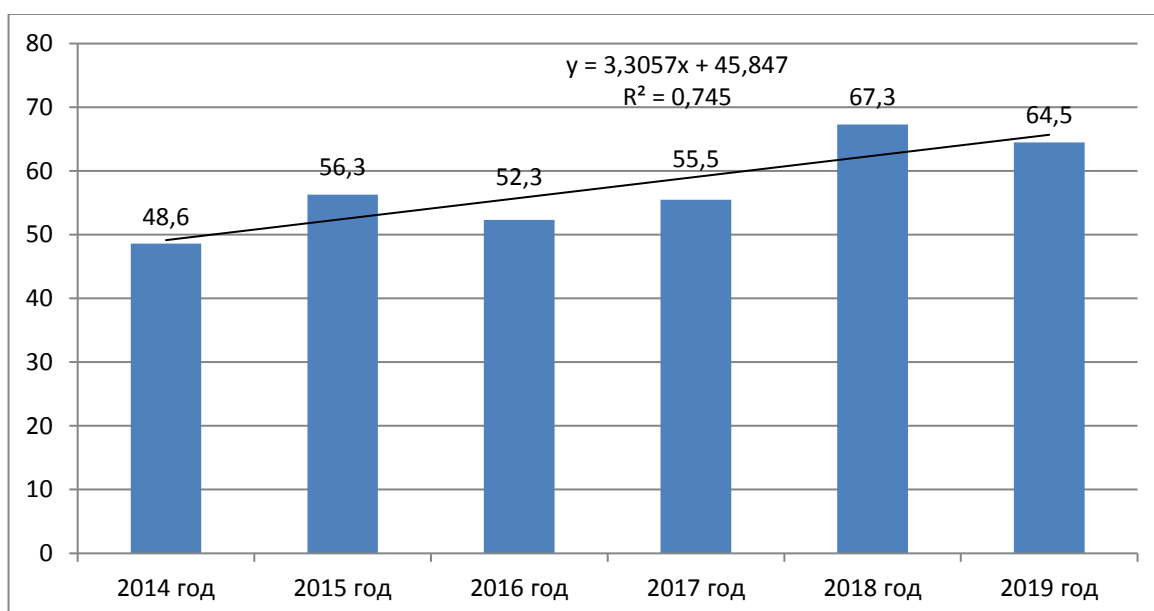


Рисунок 47 - Динамика доли посещений врача-психиатра с лечебной целью в общем числе посещений в 2014–2019 гг. (на 100 посещений)

После некоторого снижения в переходный период (2016 г.) на протяжении последних 3 лет отмечается увеличение показателя. За весь период наблюдения прирост показателя составил 32,7% (с 48,6 до 64,5 на 100 посещений).

Рост объема оказываемой медицинской помощи после запуска АПМ характеризуют такие показатели как число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений и число процедур, проведенных в кабинете ЛФК, на 100 больных, закончивших лечение.

По отношению к 2014 г. прирост числа оказываемых физиотерапевтических процедур в 2019 г. достиг 66,7% при максимальном за все время уровне показателя 40 процедур на 100 посещений. При этом линейное уравнение тренда объясняет данную динамику на 79,6%, что говорит об устойчивом росте показателя. Число процедур, проведенных в кабинете ЛФК после снижения в 2016 г. к окончанию изучаемого периода, демонстрирует прирост относительно 2014 г. на 19,1% и относительно 2016 г. – на 52,8% (рисунок 48).

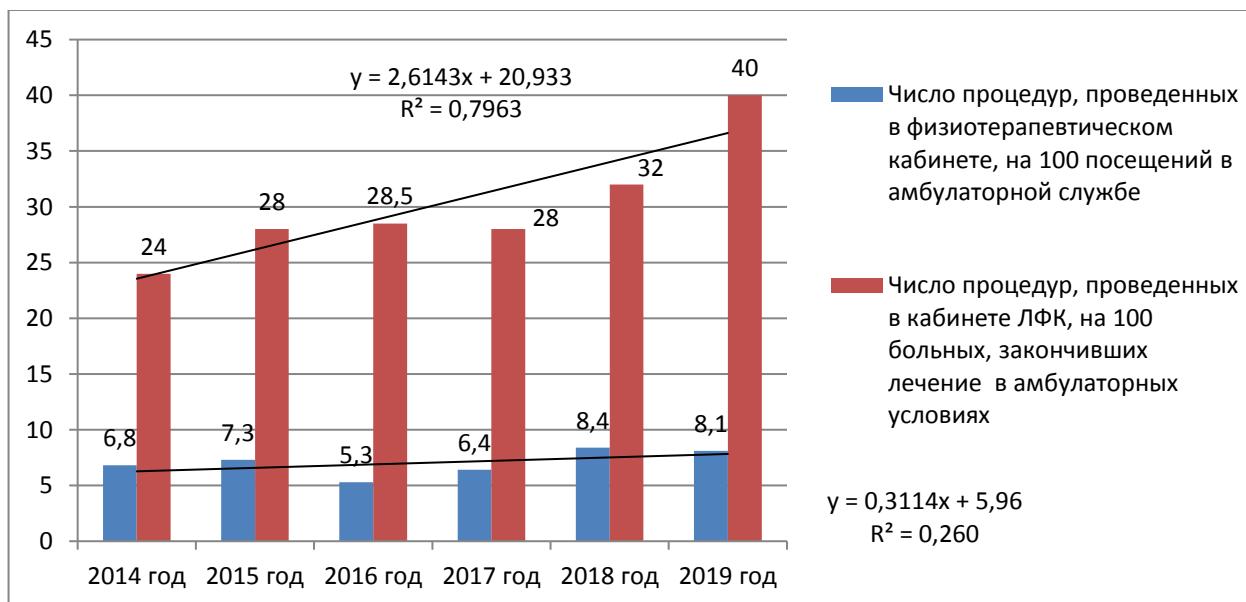


Рисунок 48 - Динамика числа процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений и числа процедур, проведенных в кабинете ЛФК, на 100 пациентов в амбулаторных условиях в 2014–2019 гг.

При анализе количества числа пациентов, пролеченных в дневном стационаре в 2014-2019 гг. можно отметить устойчивую динамику роста данного показателя. Отмечается динамика линейного роста количества пациентов дневного стационара с коэффициентом детерминации 0,923. В 2019 году отмечен рост числа пролеченных в дневном стационаре пациентов в 2,5 раз относительно исходного уровня, что является наглядной характеристикой увеличения объема оказываемой медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом модуле (рисунок 49).

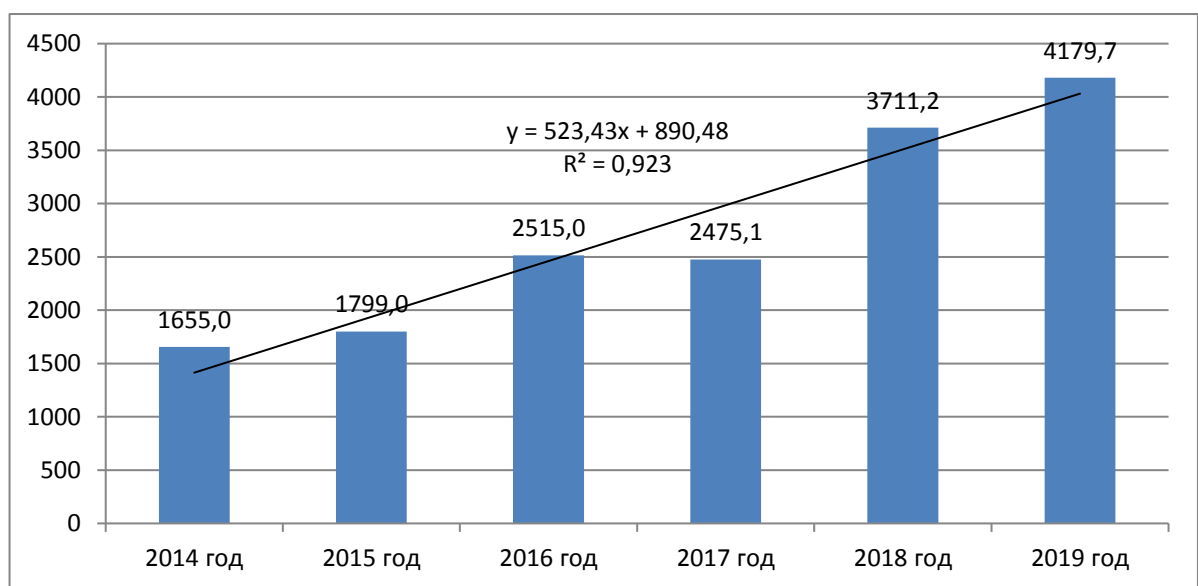


Рисунок 49 - Динамика числа пациентов, пролеченных в дневном стационаре в 2014–2019 гг. (на 1000 прикрепленных пациентов)

Среди показателей, характеризующих качество и доступность медицинской помощи, отмечена выраженная положительная динамика своевременности охвата пациентов психиатрической помощью в амбулаторных условиях. Данный показатель вырос с уровня 2014 года, составлявшего 62,3%, до 71,7% в 2019 г., что соответствует базовому приросту в 15,1%. Коэффициент детерминации описывает данную динамику на 76,5%, что отражает устойчивый поступательный рост показателя (рисунок 50).

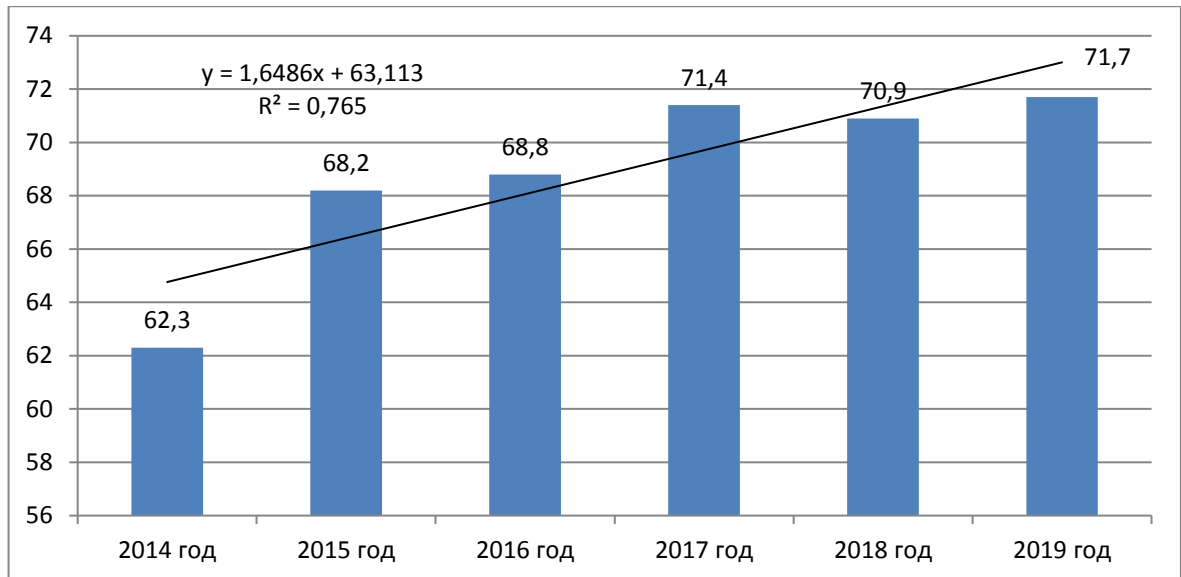


Рисунок 50 - Динамика показателя своевременности охвата психиатрической помощью в АПМ в 2014–2019 гг. (%)

Динамика доли пациентов из числа лечившихся в дневном стационаре, получивших психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия за период 2014–2019 гг. характеризуется устойчивым ростом на 21,8% (с 55,6 до 67,7 на 100 пациентов). Об устойчивости тенденции роста показателя говорит ее аппроксимация линейным уравнением тренда на 92,9% (рисунок 51).

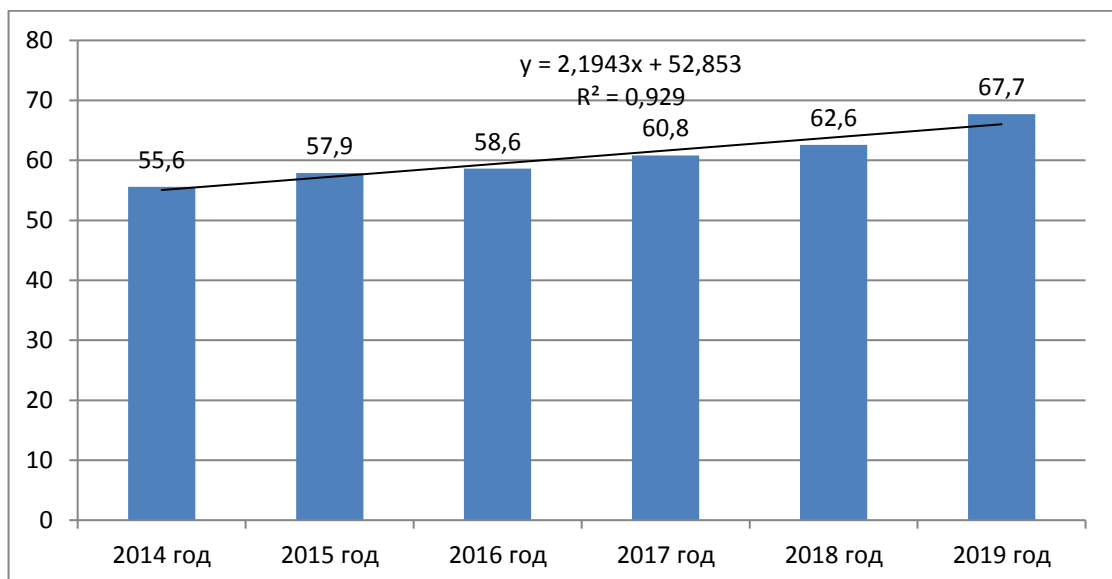


Рисунок 51 - Динамика доли лиц (на 100 больных), получавших помощь в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях, в которых проводились психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия в 2014–2019 гг.

Среднегодовой прирост данного показателя за период наблюдения составил 10,5%. Данная динамика указывает на то, что деятельность АПМ позволила увеличить частоту проводимых мероприятий по психосоциальной реабилитации в амбулаторных условиях.

Динамика показателя выполнения плана профилактических осмотров с платными услугами характеризуется устойчивым ростом с линейным уравнением тренда, аппроксимирующим данную тенденцию на 70,8%. Следует отметить, что первый год после запуска АПМ, в переходный период было отмечено снижение показателя на 16,2% относительно предыдущего уровня. В последующие два года данный показатель демонстрировал существенный рост и в 2019 г. его прирост к исходному уровню составил 64,8% (рисунок 52).

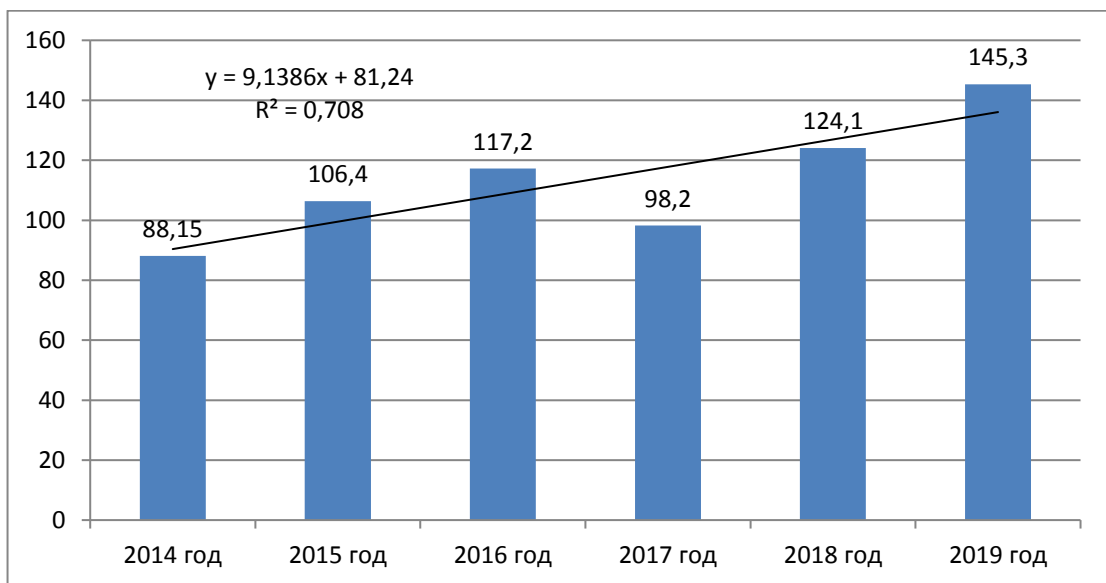


Рисунок 52 - Динамика процента выполнения плана профилактических осмотров в АПМ (с платными услугами) в 2014–2019 гг. (%)

Обращает на себя внимание снижение частоты повторных госпитализаций в дневной психиатрической стационар в 2019 году относительно 2014 г. на 36,6% (с 38,2 до 24,2 на 1000 пациентов) (рисунок 53).

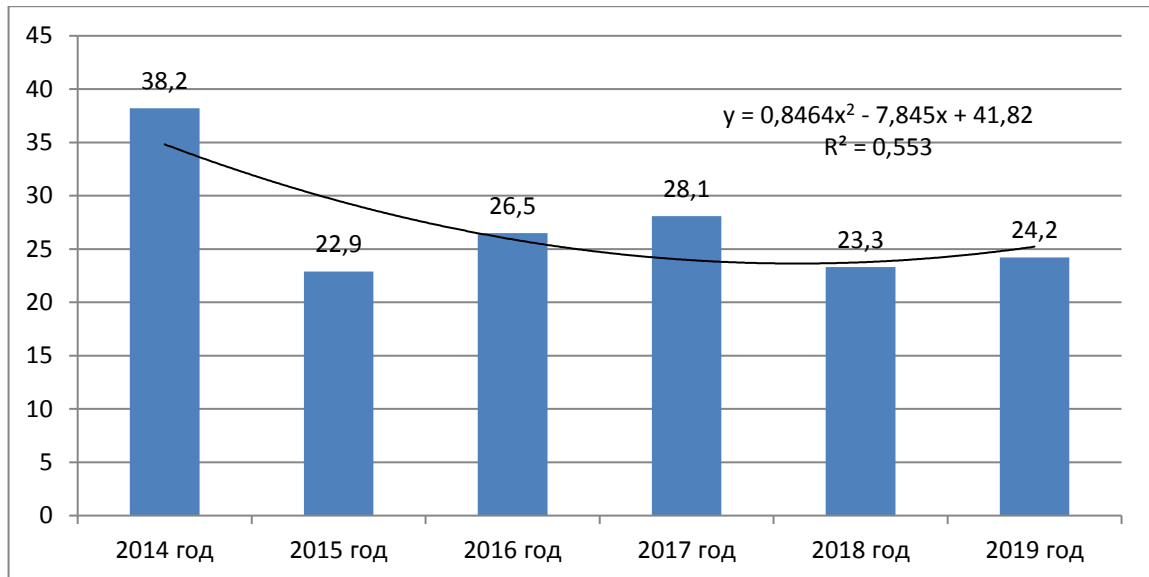


Рисунок 53 - Динамика частоты повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения в АПМ в 2014–2019 гг. (на 100 пациентов)

В целом динамика данного показателя является не вполне устойчивой, что отражает его аппроксимация полиномиальным уравнением тренда. Если сравнивать уровни показателя за два трехлетних периода, то снижение среднего уровня показателя произошло на 4%.

С точки зрения результативности медицинской помощи важное значение имеет частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах. Данный показатель характеризуется динамикой роста за период 2014–2019 гг. К истечению изучаемого периода частота выявления психиатрических заболеваний увеличилась в 6 раз относительно 2014 года и в 1.5 раз относительно 2015 года (рисунок 54). Тенденция роста выявляемости является устойчивой, что подтверждает линейное уравнение тренда с коэффициентом детерминации равным 0,780.

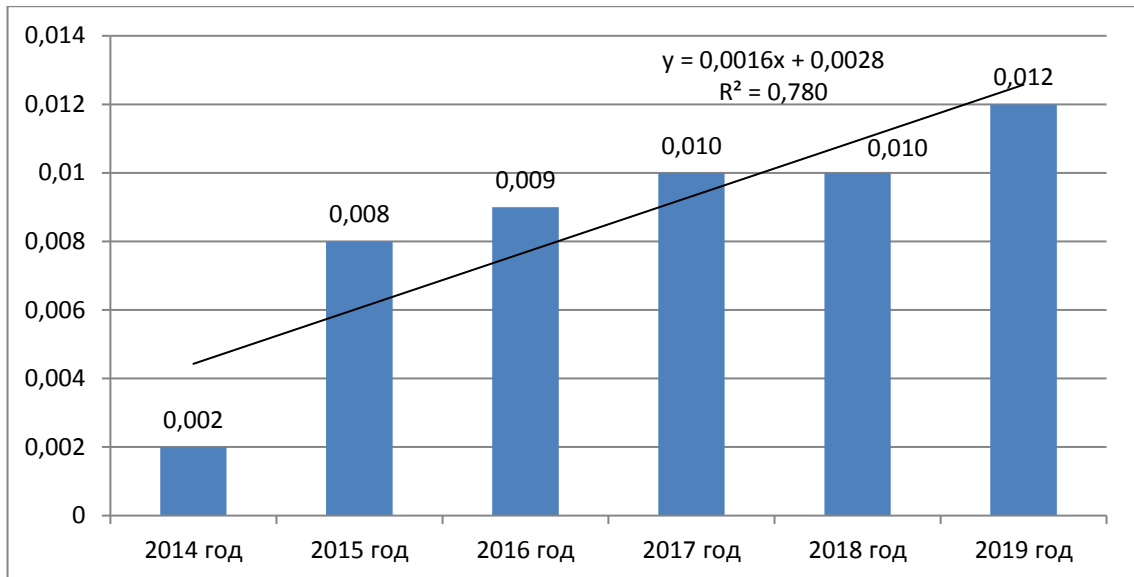


Рисунок 54 - Динамика частоты выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах в АПМ в 2014–2019 гг. (на 1000 осматриваемых)

Доля пациентов, удовлетворенных качеством медицинской помощи за исследуемый период, была наименьшей в 2014 году и составляла 85,2%. Начиная с 2015 г. удовлетворенность пациентов выросла до 99,9% и стабильно оставалась на этом уровне до конца периода наблюдения, не снижаясь ни разу за все изучаемое время функционирования АПМ.

Для оценки эффективности деятельности АПМ были также проанализированы ряд финансово экономических показателей ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» за период 2015–2019 гг.

Период после 2016 г. характеризуется выраженным ростом бюджета АПМ. По отношению к 2015 г. бюджет АПМ вырос в 2,9 раз, в то время как бюджет стационара остался практически на том же уровне (рисунок 55). Если в 2015 г. бюджет стационара превышал бюджет амбулаторно-поликлинического подразделения в 3,7 раз, то в 2019 г. разница бюджетов сократилась до 1,26 раз.

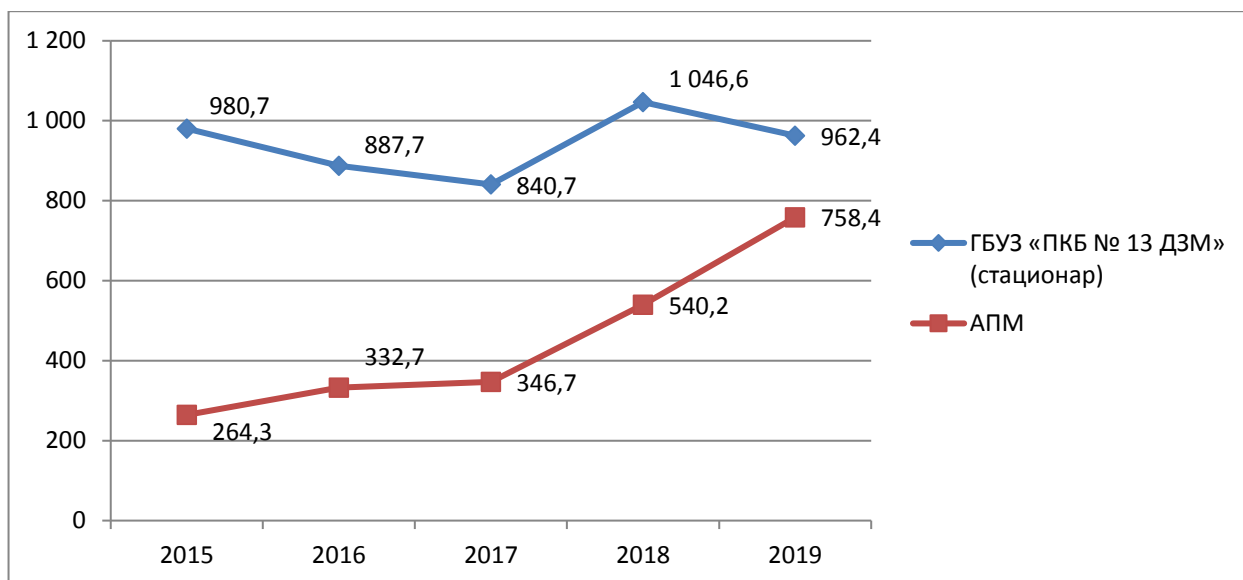


Рисунок 55 - Рост бюджета стационара и АПМ ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» в 2015–2019 гг., млн. руб.

Однонаправленную тенденцию с ростом бюджета после 2016 г. демонстрирует рост затрат на заработную плату персонала АПМ. За 5 лет затраты на заработную плату персонала АПМ выросли в 3,17 раз, в то время как аналогичный показатель в стационаре сократился в 2019 году на 25% (рисунок 56).

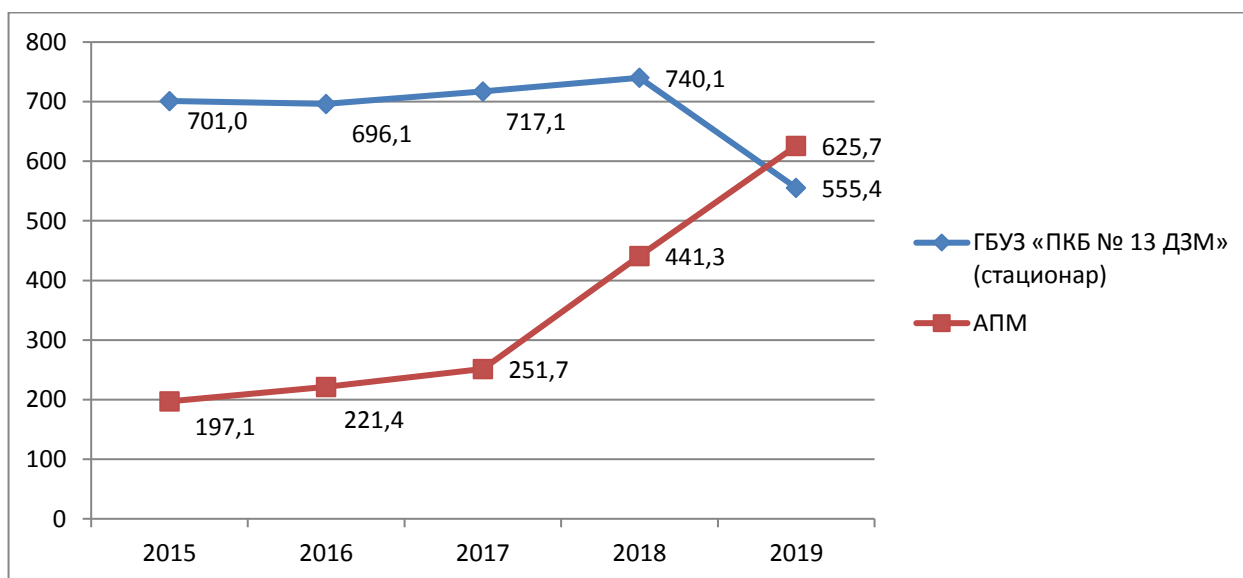


Рисунок 56 - Затраты на заработную плату стационара и АПМ ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» в 2015–2019 гг., млн. руб.

Если в 2015 году затраты на заработную плату в стационаре превышали аналогичные затраты для амбулаторно-поликлинического персонала в 3,5 раз, то в

2019 г. размер данного показателя в АПМ превысил аналогичный уровень затрат стационара на 11,2%.

На фоне сокращения затрат на лекарства и расходные материалы в стационаре ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» за анализируемый период на 12,5%, в АПМ данные затраты увеличились в 5 раз по отношению к 2015 г. На рисунке 57 видно, что наибольший прирост затрат на обеспечение АПМ лекарствами и расходными материалами, произошел в 2018 г. – с 8,8 до 35,9 млн. руб. (в 4,1 раза).

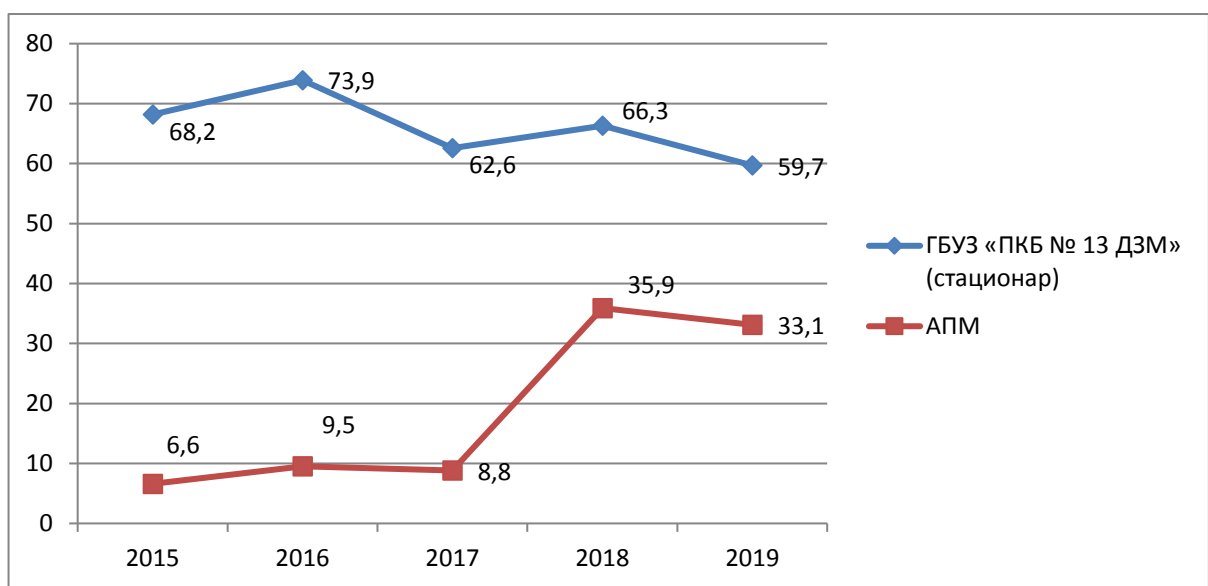


Рисунок 57 - Затраты на лекарства и расходные материалы стационара и АПМ ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» в 2015–2019 гг., млн. руб.

На протяжении всего анализируемого периода отмечается существенная разница затрат на обслуживание одной койки и обслуживание пациента в стационаре и АПМ (рисунок 58). Так, в 2019 г. уровень указанных затрат в АПМ в 8,2 раза ниже, чем затраты на стационарное лечение - 20,4 против 168,1 тыс. руб.

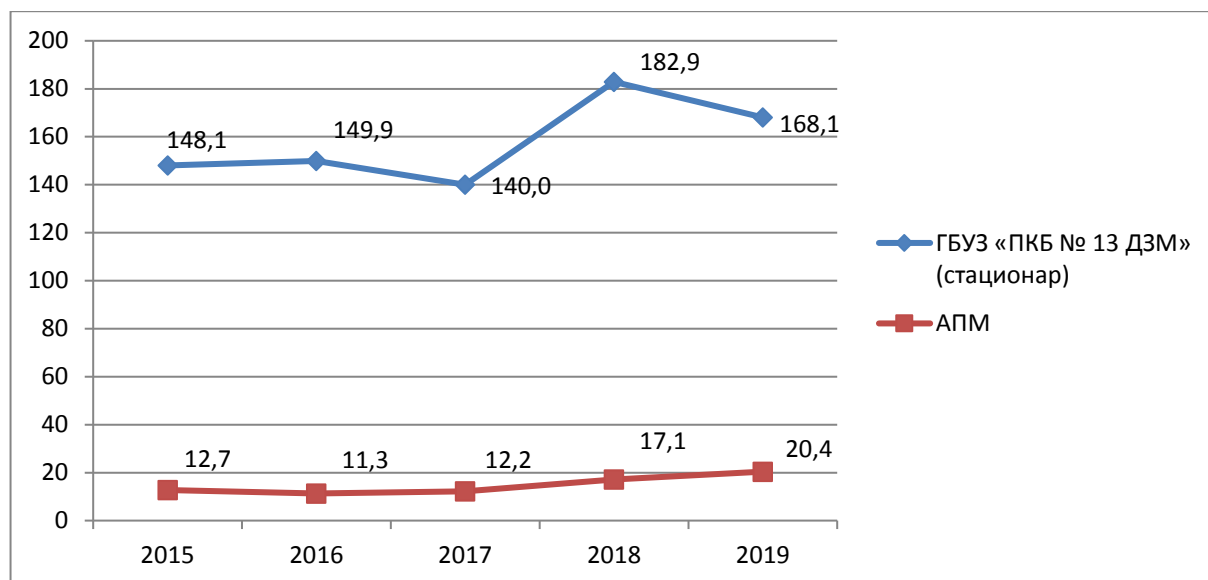


Рисунок 58 - Ежегодные затраты на обслуживание одной койки и обслуживание пациента в стационаре и АПМ ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» в 2015–2019 гг., тыс. руб.

Указанная динамика со стороны финансово-экономических показателей отражает повышение эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического подразделения ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» после перехода его на работу в формате амбулаторно-поликлинического модуля.

Таким образом, для оценки деятельности АПМ, была использована разработанная нами система показателей, показавшая эффективность его деятельности. Данная система показателей может быть рекомендована «для оценки деятельности медицинских организаций, участвующих в оказании» [181] первичной специализированной МСП психически больным, а также их структурных подразделений. Возведение таких исследований в разряд мониторинговых будет способствовать совершенствованию «информационного обеспечения управления» внедряемой моделью оказания первичной специализированной МСП психически больным.

Резюме. Проведенный анализ позволил выявить целый ряд недостатков, связанных с несоблюдением принципов управления конкретной инновацией (должным образом не подготовлены врачи, оказывающие специализированную помощь психически больным; отсутствуют нормативно закрепленные алгоритмы

преимущества между разными «медицинскими организациями, функционирующими в рамках новой модели оказания психиатрической помощи» [181], а также между структурными подразделениями АПМ; не достаточно отработано информационное обеспечение и др.).

«Результаты изучения мнения врачей-психиатров и пациентов (их родственников) также свидетельствуют о наличии преимущества новой организационной формы (амбулаторного психиатрического модуля) перед стационарным лечением (более быстрая социальная адаптация пациентов, сокращение сроков лечения при получении идентичного» [50] со стационарным, территориальная доступность и др.).

Анализ деятельности амбулаторного психиатрического модуля с использованием системы показателей, разработанной при помощи метода экспертной оценки, подтвердил его эффективность. Отмечены устойчивые тенденции роста числа пролеченных пациентов (в т.ч. в условиях дневного стационара), числа пациентов, получивших лечение на догоспитальном этапе, числа проведенных физиотерапевтических и ЛФК процедур, своевременности охвата психиатрической помощью, частоты выявления психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах и процента выполнения их плана); снижение частоты повторных госпитализаций в дневной стационар, стабильный уровень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. Со стороны финансово-экономических показателей начиная со второго года после начала работы АПМ отмечены существенный рост его бюджета, увеличение затрат на заработную плату персонала и на обеспечение лекарствами и расходными материалами. При этом затраты на обслуживание одной койки и обслуживание пациента в АПМ были в 8,2 раза ниже, чем затраты на лечение в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Важными задачами современной психиатрии являются поиск и разработка наиболее эффективных форм деятельности психиатрических служб, улучшение качества лечебно-диагностической помощи, создание оптимальной структуры помощи и определение приоритетных направлений развития психиатрической службы, со смещением акцента на оказание внебольничной помощи, дальнейшим внедрением психосоциальной реабилитации» [55, 56, 173, 187, 202, 210, 220].

В последние десятилетия в организации и оказании психиатрической помощи населению отмечался целый ряд недостатков, основными из которых являются: неравномерная обеспеченность ресурсами; существенное превалирование стационарной помощи над амбулаторной; выраженный кадровый дефицит в амбулаторном звене; существенный недостаток площадей в учреждениях амбулаторного звена; низкая эффективность использования коечного фонда круглосуточного стационара; отсутствие единых правил определения объема финансирования и др.

Для защиты прав такой социально уязвимой части общества как граждане, страдающие психическими расстройствами, создание нормативной правовой базы представляется неотъемлемым условием политики государства.

Международное сообщество уже давно определилось в стратегии правоустанавливающих документов и их направленности: развитие различных форм внебольничной помощи психически больным, ее демократизация, обеспечение доступности и другие.

Общие фундаментальные права, распространяющиеся на всех граждан, зафиксированы в принятых ООН Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте о гражданских и политических правах, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах.

«Россия как представитель государств – членов европейского региона ВОЗ придерживается Европейской декларации по охране психического здоровья» [22],

принятой в 2005 году, «в рамках которой принят Европейский план действий по охране психического здоровья» [22].

В ходе анализа нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность психиатрической службы в Российской Федерации, выявлены следующие недостатки: не реализовано в полной мере требование Закона об особом внимании по соблюдению прав лиц с психическими расстройствами; частичное или неполное выполнение Положения об обязательном страховании врачей и иного персонала психиатрической службы РФ; недостаточно проработаны вопросы с оформлением госпитализации больных в недобровольном порядке; отсутствуют конкретные рекомендации по использованию системы показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарозамещающую помощь психически больным и др. [22, 181].

Реализация основных идей, заложенных в нормативной правовой базе, предусматривающая интеграцию психически больных в общество, потребовала серьезных изменений в организации этой помощи в РФ. В частности, в городе Москве было предпринято реформирование данного вида медицинской помощи.

В настоящее время в Москве внедряется общественно ориентированная модель оказания психиатрической помощи пациентам, среди основных направлений которой: «перемещение помощи психически больным в социальную сферу с приближением ее к населению и оказание с участием социального окружения, совершенствование системы психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации, т.е. проводимые реформы направлены на более эффективную социализацию психически больных» [181].

Важным «отличием данной модели является многообразие стационарозамещающих форм, которые» [176] должны обеспечить долечивание «пациентов после курса интенсивной стационарной терапии, по принципу “перехват” – купирование состояний декомпенсации и обострений у пациентов» [176] в амбулаторных условиях.

В состав одного кластера входят три-четыре психиатрических модуля, которые территориально максимально приближены к месту обслуживания пациентов, что обеспечивает доступность данного вида медицинской помощи [176].

Головной модуль в своей структуре имеет «диспансерное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, отделение неотложной психиатрической помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения, амбулаторного принудительного лечения» [176].

Малый модуль - это «диспансерный модуль со стационарозамещающими службами». Он включает в себя диспансерные отделения, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи [23, 176].

Наряду с медицинским персоналом здесь работают клинические психологи и социальные работники. Создание малого модуля повысило доступность психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи с полипрофессиональной бригадной формой работы [176].

«С 2013 года в городе Москве организована и функционирует новая организационная форма оказания неотложной помощи психически больным» [175] – психиатрические отделения неотложной помощи.

«Их основной целью является оказание первичной специализированной помощи психически больным на дому при психических расстройствах, не требующих экстренной специализированной помощи» [175], и неопасных для жизни пациента и окружающих его лиц.

Больной после оказанной ему неотложной помощи и купирования острого состояния поступает на долечивание к врачу-психиатру участковой амбулаторной службы либо в дневной стационар [176].

Еще одной новой организационной формой, функционирующей на базе психоневрологического диспансера, является амбулаторный психиатрический модуль. Он имеет в своей структуре, такие отделения, как: отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, психиатрическое отделение неотложной

помощи, медико-реабилитационное отделение, а также, сохранившиеся структуры дневного стационара – диспансерное отделение с участковой службой [22, 175, 176].

«Деятельность амбулаторного психиатрического модуля предусматривает его взаимодействие с различными медицинскими организациями и ведомствами (ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы, правоохранительными органами, СС и НМП им. А.С. Пучкова, психиатрическими стационарами, многопрофильными ЛПУ, СПЭ и др.)» [176].

Наибольшее число пациентов «диспансерной группы, проходивших лечение на базе амбулаторного психиатрического модуля, составляют больные с расстройствами шизофренического спектра – 58,2%, пациенты с органическими психическими расстройствами – 20,2%, больные с умственной отсталостью – 16,6%.

Консультативная группа больных представлена следующим образом: больные с органическими психическими расстройствами – 46,6%, пациенты с невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами – 12,5%, больные с умственной отсталостью» [175] – 11,1% и больные шизофренического круга – 10,8%.

Принципиально новым является организация в структуре амбулаторного психиатрического «модуля отделения интенсивного оказания психиатрической помощи и медико-реабилитационного отделения» [176].

Отделение «интенсивного оказания психиатрической помощи является альтернативой стационарной психиатрической помощи; его деятельность осуществляется только во внебольничных условиях по месту жительства пациентов. Бригадная форма помощи пациентам оказывается как в данном» [182] отделении диспансера, «так и на дому у больного» [182].

Медико-реабилитационное отделение в структуре новой организационной формы – амбулаторного психиатрического модуля – является одним из ведущих звеньев в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным [176, 182].

На его базе проводится психосоциальная терапия и реабилитация пациентов с психическими расстройствами в формате групповой терапии и индивидуальной работы с пациентами. Также проводится работа с родственниками больных.

Совместная работа специалистов амбулаторного психиатрического модуля: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника – это бригадный подход при оказании медицинской помощи психически больным в современных условиях.

Проведенный нами анализ показателей деятельности базовой медицинской организации в период реформирования специализированной помощи психически больным показал, что увеличилось число коек дневного стационара и число больных, получивших помощь в его структурных подразделениях (1,4 раза). В то же время на 30% сократилось число коек в круглосуточном стационаре.

Средняя длительность пребывания больного в стационаре уменьшилась на 16%, соответственно увеличился оборот койки с 6 до 9,0 пунктов; в 1,2 раза уменьшилось число дней, проведенных больными в стационаре.

За три исследуемых года наметилась тенденция к снижению числа повторных госпитализаций, что во многом обусловлено наличием преемственности между стационарным звеном, амбулаторной участковой службой, своевременным направлением психически больных, так называемый «перехват», в стационарозамещающие подразделения амбулаторного модуля.

Также «эффективная работа амбулаторной службы, дневного стационара и его структурных подразделений» [25] способствовали «снижению показателя недобровольной госпитализации» [25] (с 34% в 2015 г. до 30,6 % в 2019 г.).

Несмотря на положительные изменения, результаты экспертной оценки свидетельствуют о наличии случаев необоснованной госпитализации, которые составляют почти 13%.

Из числа необоснованно госпитализированных 27% было показано лечение в дневном стационаре [23].

Лечение в психоневрологическом диспансере было рекомендовано экспертами 30% пациентов [23].

«В стационаре на дому экспертами рекомендовалось лечение 20% психически больным с хроническими заболеваниями. Это, в основном, пациенты с сосудистой деменцией, которые нуждались в наблюдении и уходе.

В соматическом стационаре эксперты рекомендовали лечение 14% больным с органическим расстройством личности и соматическими заболеваниями. В неврологическом отделении было рекомендовано лечение 9,0% больным с сосудистой деменцией и наличием у них неврологической симптоматики» [23].

В целом, проведенный нами анализ свидетельствует о постепенном переходе от стационарной к внебольничной психиатрической помощи, что соответствует концепции развития психиатрической помощи в столице [25, 180].

На основании полученных результатов можно сделать вывод о целесообразности интеграции амбулаторного психиатрического модуля в другие медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь взрослому населению города Москвы.

Для непрерывного информационного обеспечения управления внедряемыми новациями важно изучать мнение потребителей и производителей медицинских услуг о происходящих изменениях, их социальную удовлетворенность.

Выявлено, что врачи-психиатры, участвующие в опросе, еще недостаточно владеют информацией о внедряемых новых стационарозамещающих формах оказания помощи психически больным, и продолжают работать стереотипно, в силу ранее приобретенного опыта и направляют пациентов, которые могли бы лечиться в дневном стационаре, непосредственно в психиатрический стационар.

«Среди наиболее значимых факторов при лечении пациентов на базе амбулаторного психиатрического модуля респондентами врачами были выделены: большая, по сравнению со стационарным лечением социальная адаптация пациента (80,4 на 100 опрошенных), территориальная доступность (73,9), снижение числа повторных госпитализаций (42,4) и сокращение сроков лечения (35,9), что, несомненно, способствует достижению определенного экономического эффекта» [50].

Результаты опроса среди пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре на базе психоневрологического диспансера, свидетельствуют, что почти для половины из них (44,6 на 100 опрошенных) наиболее важными факторами при получении медицинской помощи в дневном стационаре являются: своевременность оказания медицинской помощи или отсутствие длительного ожидания при получении медицинской помощи (35,3), внимательное отношение медицинского персонала (33,7), территориальная доступность медицинского учреждения (29,8) и наличие в нем высококвалифицированных врачей (29,2). Далее по значимости следуют такие факторы как: меньшая по сравнению со стационаром психическая травматизация (22,4), близость к социально-общественной жизни (17,9).

Т.е. в целом респондентами отмечаются такие преимущества «новой организационной формы оказания первичной специализированной» [176] «медико-санитарной помощи психически больным перед высокочастотным стационарным лечением как: более быстрая социальная адаптация пациентов, сокращение сроков лечения, территориальная доступность, получение лечения идентичного с таковым в больничном учреждении» [50] и другие.

Наряду с этим был выявлен целый ряд недостатков, связанных с несоблюдением принципов управления конкретной инновацией (должным образом не подготовлены врачи, оказывающие специализированную помощь психически больным; отсутствуют нормативно закреплённые алгоритмы преемственности между разными «медицинскими организациями, функционирующими в рамках новой модели оказания психиатрической помощи» [181], а также между структурными подразделениями АПМ; не достаточно отработано информационное обеспечение и др.). Это лишний раз подчеркивает необходимость подготовки к проведению инновационных преобразований, в частности, подготовки персонала и их адаптации к новым условиям работы.

Важным направлением является «”совершенствование информационного обеспечения управления” медицинскими организациями» [181], функционирующими в рамках внедряемой в настоящее время в городе Москве

новой модели оказания психиатрической помощи, в частности разработка системы показателей для оценки их деятельности. Такая система предложена нами на основании проведенного изучения опыта города Москвы по формированию показателей результативности деятельности медицинских организаций, анализа нормативной правовой базы и показателей, рекомендованных разъяснительными документами Минздрава России, а также результатов специально проведенного нами исследования с привлечением экспертов – руководителей «медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь населению» [181].

Наряду с показателями, характеризующими кадровые (обеспеченность и укомплектованность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, коэффициент совместительства и др.), материально-технические (фондовооруженность и др.), информационные и другие ресурсы, объем, качество организации и оказания медицинской помощи, ее сложность, доступность и результативность, финансовые показатели (средняя стоимость посещения, одного пациенто-дня в дневном стационаре, случая оказания неотложной помощи, одного исследования (процедуры) и другие, а также показатели, отражающие удовлетворенность потребителей, в данный перечень включены также показатели для оценки деятельности новой организационной формы - амбулаторного психиатрического модуля [49, 50, 181, 182].

Наиболее значимыми из них, по мнению экспертов, являются: число пролеченных в АПМ на 1000 населения; процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ; охват больных, страдающих психическими расстройствами психотерапией в АПМ и др.

Проведенный анализ деятельности амбулаторного психиатрического модуля с использованием системы показателей, разработанной экспертами, наглядно подтвердил эффективность данной организационной модели оказания первичной специализированной медицинской помощи психиатрическим пациентам. За период 2014 – 2015 гг. с учетом начала функционирования АПМ в 2016 г. отмечены устойчивые тенденции роста основных показателей, отражающих результативность, качество и доступность специализированной медицинской

помощи, оказываемой в условиях АПМ. В 2019 г отмечен базовый прирост количества пролеченных пациентов на 27,2%, количество пациентов, получивших лечение на догоспитальном этапе выросло в 2,2 раза, число пациентов, пролеченных в условиях дневного стационара, выросло в 2,5 раза. Показатель своевременности охвата психиатрической помощью увеличился на 15,1%, число проведенных физиотерапевтических процедур на 100 посещений выросло на 66,7%, число ЛФК процедур на 100 пациентов увеличилось на 19,1%. Деятельность АПМ позволила увеличить частоту проводимых мероприятий по психосоциальной реабилитации в амбулаторных условиях на 21,8%. Показатель выполнения плана профилактических осмотров (с учетом платных услуг) вырос на 64,8%. Частота повторных госпитализаций в дневной стационар сократилась относительно 2014 г. на 36,6%. Частота выявления психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах по итогам анализа деятельности АПМ увеличилась в 6 раз. Отмечается стабильный уровень удовлетворенности пациентов АПМ качеством оказания медицинской помощи, составляющий 99,9%.

Со стороны финансово-экономических показателей начиная 2018 года. В базовых показателях отмечены рост бюджета АПМ в 2,9 раз, повышение затрат на заработную плату персонала в 3,17 раз, затрат на обеспечение лекарствами и расходными материалами - в 5 раз. При этом в 2019 г. затраты на обслуживание одной койки и обслуживание пациента в АПМ были в 8,2 раза ниже, чем затраты на лечение в стационаре.

Таким образом, реализация реформ специализированной медицинской помощи психически больным в городе Москве способствует снижению проявления стигматизации и социальной дискриминации, предотвращает наступление клинических состояний у психически больных, приводящих к вероятности совершения ими действий с нанесением вреда окружающим или самому себе, способствует повышению доверия к врачу-психиатру, а также соблюдению законных гражданских прав.

ВЫВОДЫ

1. Актуальность реформирования организации психиатрической помощи с развитием новых форм оказания внебольничной помощи определена в результате анализа зарубежного и отечественного опыта, предполагающая ее демократизацию, территориальную доступность.

2. В ходе анализа нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность психиатрической службы, выявлены следующие недостатки: не реализовано в полной мере требование Закона об особом внимании по соблюдению прав лиц с психическими расстройствами; частичное или неполное выполнение Положения об обязательном страховании врачей и иного персонала психиатрической службы РФ; недостаточно проработаны вопросы с оформлением госпитализации больных в недобровольном порядке; отсутствуют конкретные рекомендации по использованию системы показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарозамещающую помощь психически больным и др. [22, 181].

3. Анализ результатов экспертной оценки свидетельствует «о необходимости более тщательного отбора пациентов на профильные психиатрические койки» [23]. Выявлено, что в среднем за 2015–2017 гг. 12,6% психически больных были необоснованно госпитализированы, треть их них (33,3%) составили больные шизофренией. Среди необоснованно госпитализированных, по мнению экспертов, 26,7% пациентов могли бы проходить лечение в дневном стационаре, 29,6% – в психоневрологическом диспансере по месту жительства, 20,3% – в стационаре на дому.

4. Результаты апробации «новой организационной модели оказания специализированной помощи психически больным» [181] в городе Москве свидетельствуют об ее эффективности, выражающейся в снижении нагрузки на стационарные койки: коечный фонд уменьшился «с 1040 коек в 2015 году до 670 коек в 2019 г., убыль составила 35,6%; снижению объема недобровольной госпитализации с 34,3% (2274 человека)» [180] в 2015 году до 30,6% (1582

человека) в 2019 году; первичного выхода на инвалидность: с 2,7% от числа всех пролеченных больных в 2015 году, до 1,3% в 2019 году; повышении доступности специализированной помощи психически больным за счет максимального ее приближения к месту их обслуживания; снижения развития госпитализма, социальной интеграции больных; повышении удовлетворенности пациентов (их родственников) и врачей-специалистов результатами деятельности новых организационных форм («круглосуточная неотложная психиатрическая помощь на дому» [176], амбулаторный психиатрический модуль) и др.

5. Проведенный анализ позволил выявить целый ряд недостатков, связанных с несоблюдением принципов управления конкретной инновацией (должным образом не подготовлены врачи, оказывающие специализированную помощь психически больным; отсутствуют нормативно закреплённые алгоритмы преемственности между разными «медицинскими организациями, функционирующими в рамках новой модели оказания психиатрической помощи» [181], а также между структурными подразделениями АПМ; недостаточно отработано информационное обеспечение).

6. «Результаты изучения мнения врачей-психиатров и пациентов (их родственников) также свидетельствуют о наличии преимущества новой организационной формы (амбулаторного психиатрического модуля) перед стационарным лечением (более быстрая социальная адаптация пациентов, сокращение сроков лечения при получении идентичного» [50] со стационарным, территориальная доступность), среди респондентов 59,8% по направлению врача-психиатра проходили реабилитацию в медико-реабилитационном отделении амбулаторного модуля, из них (73,9%) удовлетворены качеством организации работы данного отделения; 78,3% опрошенных удовлетворены результатами оказанной им медицинской помощи в дневном стационаре (амбулаторном модуле), 18,3% удовлетворены ими не в полной мере и 3,4% остались не удовлетворены полученными результатами ($p < 0,05$); наиболее оптимальными условиями оказания психиатрической помощи пациентам с органическими расстройствами, включая симптоматические (МКБ-10 F0X), в подостром состоянии, врачи

стационара с выбрали стационарные (в 42,3% случаев) и амбулаторный модуль (в 57,7%); врачи психоневрологического диспансера в подавляющем большинстве случаев (82,0%) рекомендовали бы лечение в условиях амбулаторного модуля, вероятность статистической значимости различий >95% между ответами врачей стационара и психоневрологического диспансера.

7. «Научно обоснованная система показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих» [181] первичную специализированную МСП психически больным, и их структурных подразделений, «базируется на критериях, отражающих “объем” оказанной помощи, ее “сложность”, “качество организации и оказания”, “доступность” и “результативность”, “удовлетворенность потребителей”» [181].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне:

1. Представляется целесообразным внедрение дополнений в соответствующую нормативную правовую базу, в частности, в виде конкретных рекомендаций по использованию предложенной нами системы показателей для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную МСП психически больным.

2. На различных «иерархических уровнях управления здравоохранением» при планировании объемов и ресурсного обеспечения рекомендуется принимать во внимание результаты, полученные в ходе апробации и оценки деятельности новой организационной модели оказания первичной специализированной МСП психически больным.

3. При осуществлении мониторинга в целях повышения эффективности деятельности медицинских организаций, функционирующих в рамках внедряемой в настоящее время в городе Москве новой модели оказания первичной специализированной МСП психически больным, целесообразно использовать предложенную систему показателей.

4. Рекомендуется интеграция амбулаторного психиатрического модуля в другие медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению города Москвы.

На уровне медицинских организаций:

5. Целесообразно обеспечить должную информированность медицинского персонала и пациентов (их родственников) о «новой организационной форме – амбулаторном психиатрическом модуле» [182] и проводить мониторинг их мнения о результативности ее функционирования.

6. Опыт организации и функционирования новой «модели оказания специализированной помощи психически больным» [181] в городе Москве целесообразно использовать в других субъектах РФ.

На уровне медицинских образовательных учреждений:

7. Результаты данного исследования рекомендуется использовать при подготовке студентов, врачей-психиатров и руководителей здравоохранения на сертификационных циклах и циклах тематического усовершенствования на этапах высшего дополнительного профессионального образования.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АПМ – амбулаторный психиатрический модуль

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

КМП – качество медицинской помощи

КОМП – качество организации медицинской помощи

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МО - медицинская организация

МРО АПМ – медико-реабилитационное отделение амбулаторного психиатрического модуля

МСП – медико-санитарная помощь

МСЭ – медико-социальная экспертиза

НПГ – недобровольная психиатрическая госпитализация

НПП – новая парадигма в психиатрии

ОИОПП – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи

ПБ – психически больной

ПГ – повторная госпитализация

ПЗ – психическое здоровье

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПНД – психоневрологический диспансер

ПОНП – психиатрическое отделение неотложной помощи

ПП – психиатрическая помощь

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В.А. Адаптация к стрессу / В.А. Абабков, М. Перре // Психологический практикум. - СПб.: Речь. - 2008. - 166 с.
2. Авксентьева, М.В. Клинико-статистические группы (КСГ), как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации. / М.В. Авксентьева, С.К. Салахутдинова // Лекарственный вестник. – 2016. - № 2(62). - Т. 10. – С. 31-36.
3. Акпышаров, Н.Т. Совершенствование психиатрической помощи как наиболее актуальной проблемы общественного здравоохранения. / Н.Т. Акпышаров // Бюллетень науки и практики. - 2020. - № 5. - С. 184-194.
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский // Руководство для врачей. - ГЭОТАР-Медиа. - 2007. – 720 с.
5. Александровский, Ю.А. О некоторых подходах к планированию внедиспансерной психиатрической помощи / Психогенные и психосоматические расстройства // Ю.А. Александровский, Г.М. Румянцева, А.А. Чуркин. – Тарту. - 1988. - Ч. 1. - С. 6-8.
6. Алексеев, В.А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф.Е. Варганян, И.С. Шурандина // Здравоохранение. - 2010. - № 11. - С. 57–67.
7. Алиев, М.А. Клинико-экономический анализ ресурсного обеспечения психиатрической помощи больным шизофренией в Республике Дагестан / М.А. Алиев, Н.Д. Букреева, Б.А. Казаковцевич, Н.Р. Моллаева // Российский психиатрический журнал. - 2019. - № 2. – С. 4-10.
8. Алтынбеков, С.А. Развитие психиатрической и наркологической службы в Республике Казахстан / С.А. Алтынбеков // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей по материалам Конгресса, Москва, 07–08 октября 2016 года. – Москва: Издательский дом «Городец», 2016. – С. 202-204.

9. Альбицкая, Ж.В. Предикторы формирования инвалидизирующих психических расстройств у детей и система мер по предотвращению их развития: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Альбицкая Жанна Вадимовна. – Москва, 2019. – 347 с.
10. Андреев, М.К. Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Андреев Михаил Константинович - М., 2009. - 334 с.
11. Андреев, М.К. Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья / М.К. Андреев: Монография. – Астрахань - 2009. - 218 с.
12. Антипова, Е.И. Развитие стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами (опыт Челябинского городского округа) [Электронный ресурс] / Е.И. Антипова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6. - Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=28243>
13. Арапиев, Ю.У. Психосоциальная реабилитация в психоневрологическом диспансере / Ю.У. Арапиев, М.А. Березовская, Т.В. Барикова, Ю.И. Шишкина // Медицинская сестра. - 2018. - № 1. – С. 13-15.
14. Атаманов, А.А. Генерализованное тревожное и паническое расстройства: динамика типология, коррекция, профилактика: дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 / Атаманов Алексей Анатольевич - М., 2014. - 382 с.
15. Ашина, М.В. Нервно-психическое здоровье школьников и профилактика его нарушений / М.В. Ашина, М.В. Костина, А.Ю. Симкина, А.И. Миронова // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сб. науч. тр. Вып. VII. - Нижний Новгород. - 2014. - С. 28-33.
16. Багуцкий, А.Ю. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клинико-экономическая и социальная результативность развития и новые нормы психиатрической помощи / А.Ю. Багуцкий, И.А. Былим, М.Г. Крестьянинова М.Г. [и др.] / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. - М.: Медпрактика-М. - 2007. - С. 226-242.

17. Байрак, В.Н. (ред.) Профилактика - путь к здоровью: Пособие по подготовке и проведению мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний / В.Н. Байрак. - Ставрополь, 2002. - 176 с.
18. Бауэр, П. Лечение проблем психического здоровья детей и подростков в первичном звене здравоохранения: систематический обзор / П. Бауэр, Е. Карральда, Т. Крамер и др. // Фам. Практ. - 2001. - Вып. 18. - С. 373-382.
19. Бебчук, М.А. Детская психиатрия: от проектирования зданий и территории к повышению качества медицинской помощи / М.А. Бебчук, П.А. Трухина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 4. – С. 156-169.
20. Белкина, А.М. Особенности социальной работы с детьми и подростками в психиатрии / А.М. Белкина // Омский психиатрический журнал. - 2019. - № 3(21). – С. 32-35.
21. Белов, В.Б. Депрессивное состояние как медико-социальная проблема здравоохранения / В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Мат. межд. научно-практ. конф. Москва, 24 октября 2012 г. – М. - 2012. - С. 194-198.
22. Белостоцкий, А.В. Актуальные вопросы организации психиатрической помощи в аспекте совершенствования нормативно-правовой базы / А.В. Белостоцкий, Н.К. Гришина, А.Ю. Тер-Израелян [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 1(65). – С. 43-51.
23. Белостоцкий, А.В. Актуальные вопросы организации и оказания психиатрической помощи в современных условиях / А.В. Белостоцкий, А.Ю. Тер-Израелян, Т.Е. Евдокимова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2019. - № 2. - С. 12-21.
24. Белостоцкий, А.В. К вопросу об организации работы дневного стационара в формате внебольничной стационарзамещающей помощи / А.В. Белостоцкий, Н.К. Гришина, А.Ю. Тер-Израелян // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 4(64). – С. 79-85.

25. Белостоцкий, А.В. К вопросу преобразований психиатрической помощи в городе Москве / А.В. Белостоцкий, А.Ю. Тер-Израелян, Н.К. Гришина, А.И. Ибрагимов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 43-48.

26. Белостоцкий, А.В. Некоторые актуальные вопросы организации психиатрической помощи в стационаре / А.В. Белостоцкий, И.В. Белокрылов, А.Ю. Тер-Израелян // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2019. - № 12. - С. 71-78.

27. Белостоцкий, А.В. Отдельные аспекты совершенствования организации оказания стационарозамещающей помощи больным психиатрического профиля / А.В. Белостоцкий, Н.К. Гришина, А.А. Загоруйченко, А.Ю. Тер-Израелян // Ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения». – 2020. - № 1. - С. 35-41.

28. Березин, Ф.Б. Некоторые методические подходы к проблеме психического здоровья населения с позиции концепции психической адаптации. / Ф.Б. Березин, Е.Д. Соколова // Мат. съезда. Восьмой всесоюзный съезд, невропатологов, психиатров и наркологов. - 1988. - Т. 1 - С. 11-13.

29. Божкова, Е.Д. Анализ современного международного опыта организации психологической и психиатрической помощи в условиях школы (обзор) / Е.Д. Божкова, А.А. Коновалов // Медицинский альманах. – 2020. – № 1(62). – С. 36-46.

30. Борисов, К.Н. Реформы здравоохранения в Германии: плюсы и минусы. Руководителю ЛПУ / К.Н. Борисов, А.В. Алексеев, С.В. Рожецкая // Международное здравоохранение. - 2012. - Т. 3. - № 2. - С. 9-12.

31. Бородин, С.В. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК РФ и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами) / С.В. Бородин, И.Я. Гурович, О.А. Егорова [и др.]; под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой; науч. ред. С.В. Бородин, В.П. Котов. - 2-е изд., испр. и доп. - М., Спарк. - 2002. - 383 с.

32. Будза, В.Г. Неврозы позднего возраста. Учебное пособие. / В.Г. Будза,

Е.Ю. Антохин. - Оренбург: Изд-во ОрГМА - 2011. - 284 с.

33. Будилова, Е.В. Распространение социально значимых болезней и борьба с ними в России / Е.В. Будилова, Л.А. Мигранова // Народонаселение. - 2020. - Т. 23. № 2. - С. 85-98.

34. Булучевская, Л.Д. Комплексный подход в оказании психиатрической помощи психически больным, находящимся на АПЛ и АДН / Л.Д. Булучевская, И.А. Горьковой, Л.И. Кочергина // Омский психиатрический журнал. – 2020. - № 1(23). – С. 24-27.

35. Бурти, Л. Итальянская психиатрическая реформа через 20 с лишним лет / Л. Бурти // Acta psychiatrica Scandinavica. - 2001. - № 1(410). - С. 4-46.

36. Валинуров, Р.Г. Организация в Республике Башкортостан психиатрической помощи детскому населению / Р.Г. Валинуров, И.Ю. Ахмерова, Н.Р. Тулбаева // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 18–19 мая 2017 года. – Санкт-Петербург: Альта Астра. - 2017. – С. 52-54.

37. Валинуров, Р.Г. Современные основы организации медико-психологической и психиатрической помощи лицам, подвергшимся экстремальным стрессовым состояниям: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.18 / Валинуров Ринат Гаянович. - М., 1999. - 403 с.

38. Васькова, Л.Б. Современная методология ВОЗ для оценки потребления лекарственных препаратов в стационаре / Л.Б. Васькова, М.В. Тяпкина, В.В. Колосов // Ведомости научного центра экспертизы средств медицинского применения. - 2012. - № 2. - С. 55-59.

39. Великанова, Л.П. Клинико-эпидемиологический мониторинг состояния нервно-психического состояния детей и подростков / Л.П. Великанова // Педиатрия. - 2004. - № 1. - С. 67-70.

40. Веселовская, А.В. Общественный контроль за обеспечением прав человека в медицинских организациях, исполняющих принудительные меры / А.В. Веселовская // Вестник Кузбасского института. 2021. - № 1(46). – С. 17-28.

41. Вид, В.Д. Психотерапия шизофрении (Краткое руководство) / В.Д. Вид – Изд. 3-е, перераб. и доп. – Москва [и др.]: Питер, 2008. – 512 с.

42. Габай, П.Г. Общая правовая характеристика институтов недобровольного и принудительного оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами / П.Г. Габай, Р.Ю. Карапетян // Право и практика. 2020. - № 1. – С. 41-50.

43. Гажа, Ф.К. Этапы психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического стационара / Ф.К. Гажа, В.А. Монастырский, Т.Н. Асоскова, Е.Ю. Струкова // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. - М.: Медпрактика-М. - 2007. - С. 72-83.

44. Гажева, А.В. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами (социально-гигиеническое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Гажева Анастасия Викторовна - М. - 2008. – 147 с.

45. Гайдаров, Г.М. О нормах времени на оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению участковым врачом-психиатром / Г.М. Гайдаров, Н.С. Апханова, И.Н. Алехин, О.П. Ворсина // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 10(193). – С. 160-163.

46. Герасимова, К.В. Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи / К.В. Герасимова, Д.В. Федяев, М.В. Сура [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2016. - № 9(1). - С. 69-78.

47. Гнеушев, А.Н. Помощь людям с инвалидностью в организации самостоятельной жизни (Сопровождаемое проживание). Информационно-

методический сборник / А.Н. Гнеушев, А.Л. Мнацаканян, Ключко Е.Ю. [и др.] - М., 2017. – 202 с.

48. Гонохова, Т.А. Профилактика суицидального поведения подростков как один из аспектов формирования здорового пути / Т.А. Гонохова, Е.В. Благовская // Проблемы современного педагогического образования. - 2019. - № 62-2. - С. 282-285.

49. Гриднев, О.В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Гриднев Олег Владимирович – М., 2015. – 292 с.

50. Гришина, Н.К. Результаты социологического опроса врачей об организации медицинской помощи больным с психическими расстройствами в Москве / Н.К. Гришина, А.Ю. Тер-Израелян // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919–2019), Иркутск, 28 ноября 2019 года / Под общей редакцией Г.М. Гайдарова. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2019. – С. 187-190.

51. Гурович, И.Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической помощи в России / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 2. - № 1. - С. 5-19.

52. Гурович, И.Я. Организация отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе: содержание психиатрической помощи и ее эффективность / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.А. Уткин [и др.] // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. – Москва: Издательский дом «Медпрактика-М», 2007. – С. 204-216.

53. Гурович, И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И.Я. Гурович,

А.Б. Шмуклер. - М.: Медпрактика. - 2002. - 132 с.

54. Гурович, И.Я. Предисловие / Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта // М.: Медпрактика-М. - 2007. - С. 19-26.

55. Гурович, И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. - М.: ИД Медпрактика. - 2007. - 492 с.

56. Гурович, И.Я. Психиатрическая служба в России в 2005 - 2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития) / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко. - М.: Медпрактика. - 2012. - 660 с.

57. Гурович, И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - Т. 15. - № 4. - С. 12-17.

58. Гусева, Л.Я. Эффективность стационарной психиатрической помощи населению района, включающей психиатрическое отделение центральной районной больницы / Л.Я. Гусева, Р.Н. Виноградова // Вопросы эффективности психиатрической помощи - М. - 1987. - С. 134-143.

59. Давыдова, Е.В. Психосоциальные аспекты феномена госпитализма у пациентов с шизофренией / Е.В. Давыдова // В сборнике: Антология российской психотерапии и психологии. Материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига; Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». - 2019. - С. 124-125.

60. Данилова, О.В. Психические и психосоматические заболевания, обусловленные воздействием стрессовой ситуации. [Электронный ресурс] / О.В. Данилова // 2020. - Режим доступа: <https://www.b17.ru/blog/261145/>

61. Дарьин, Е.В. Структура смертности при различных нозологических типах психических заболеваний. Обзор литературы / Е.В. Дарьин, А.Р. Амбарцумян, Д.А. Питель // The Scientific Heritage. - 2021. - № 61-2. – С. 29-34.
62. Демчева, Н.К. Общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ и Федеральных округах В 2017-2019 гг. / Н.К. Демчева, А.В. Яздовская // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. -2021. - № 1. - С. 45-55.
63. Дербенев, Ю.П. Психическое здоровье и социальная адаптация в подростковом возрасте и управление ими в условиях социально- экономических перемен / Ю.П. Дербенев // Тверь. - 1998. - С. 45-49.
64. Динмухаметов, А.Г. Использование лечебно-оздоровительных учреждений для оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях / А.Г. Динмухаметов, А.А. Каток // The Scientific Heritage. - 2021. - № 58-2. – С. 8-11.
65. Довженко, Т.В. Профессиональные компетенции врачей первичного звена здравоохранения в оценке психического здоровья пациентов Часть 2. Готовность и возможность врачей первичного звена здравоохранения оказывать помощь пациентам с сопутствующими психическими расстройствами / Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Ю.А. Васюк, Е.Г. Старостина // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 57-62.
66. Довженко, Т.В. Факторы риска и хронификации биполярного аффективного расстройства: биологические и психосоциальные аспекты / Т.В. Довженко Д.М. Царенко, Т.Ю. Юдеева // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – № 4(106). – С. 81-97.
67. Догерти, В.Дж. Проект по интегрированной охране психического здоровья. Уровни оказания интегрированной психиатрической помощи / В.Дж. Догерти, С.Х. МакДэниел, М.А. Баирд // Behavioral Healthcare Tomorrow. - 1996. - Октябрь. - С. 25-28.
68. Документ Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/HRC/34/32 от 27 февраля-24 марта 2017 года Ежегодный доклад Верховного

комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и доклады Управления Верховного комиссара и Генерального секретаря [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://undocs.org/pdf?symbol=ru/A/HRC/34/32>

69. Документ Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/HRC/35/21 от 6-23 июня 2017 года Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://undocs.org/pdf?symbol=ru/A/HRC/35/21>

70. Дороднова, А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Дороднова Анна Сергеевна. - М., 2006. - 178 с.

71. Д'Соуза, Ш. Канадский объединенный проект по охране психического здоровья - основа системы объединенной охраны психического здоровья [Электронный ресурс] / Ш. Д'Соуза // Режим доступа: <http://www.ccmhi.ca/> (дата обращения: 16.10.2019).

72. Дутов, В.Б. Концепция развития центров психического здоровья населения / В.Б. Дутов, Н.Г. Незнанов, А.Г. Софронов, Н.С. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2018. - № 4. С. 54-60.

73. Европейская декларация по охране психического здоровья ВОЗ. - [Электронный ресурс] 2005. // Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88598/E85445R.pdf

74. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия: что изменилось за последние три десятилетия / Р.А. Евсегнеев // Здоровоохранение (Минск). - 2018. - № 12. - С. 21-28.

75. Ермолова, И.М. Развитие психологического звена в психиатрической службе Омской области / И.М. Ермолова, О.В. Крунэ // Омский психиатрический журнал. - 2018. - № 1(15). – С. 6-9.

76. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 (ред. от 19.07.2018) № 3185-1 [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

77. Захаров, Н.Б. Модель психосоциальной терапии и реабилитации для региона с низкой бюджетной обеспеченностью / Н.Б. Захаров, А.Г. Соловьев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. № 4. - С. 68-72.
78. Значкова, Е.А. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, страдающим множественными хроническими заболеваниями: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Значкова Елена Александровна - М., 2017. - 228 с.
79. Иванов, Л.М. Организация реабилитационного пространства в учреждении. Планирование перспективного развития деятельности учреждений социального обслуживания населения / Л.М. Иванов, Л.М. Андреева. // Ярославль, 2015. – 10 с.
80. Ивченко, Г.И. Введение в математическую статистику / Г.И. Ивченко, Ю.И. Медведев: Учебник. – М.: Издательство ЛКТ, 2010. – 600 с.
81. Исаева, Е.Р. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы / Е.Р. Исаева, Ю.В. Мухитова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017. - № 1. С. 83-90.
82. Каграманян, И.Н. Значение комплаенса в повышении качества медицинской помощи. / И.Н. Каграманян // Ремедиум. – 2015. - № 5. - С. 25-29.
83. Карайланов, М.Г. Стационарозамещающие формы в рамках первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов // Новый взгляд. Международный научный вестник. - 2016. - № 11. - С. 82-96.
84. Карлинг, П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П.Дж. Карлинг. Пер. с англ. // Киев: Сфера. -2001. - 203 с.
85. Карпов, А.М. Внедрение принципов социальной психиатрии в Республиканской клинической психиатрической больнице имени академика В.М. Бехтерева МЗ РТ в период социально-экономических реформ в России / А.М. Карпов, Р.Р. Набиуллина, М.А. Шмакова, [и др.] // Практическая медицина. - 2019. - № 3. – С. 47-51.

86. Карпов, О.В., Характеристика микросоциального окружения / О.В. Карпов, Д.С. Петров // Бюлл. НИИ общественного здоровья РАМН. - 2010. - Вып. 1. - С. 49-52.
87. Карпухин, И.Б. Телепсихиатрия: история, направления и возможности (по материалам зарубежного научного архива) / И.Б. Карпухин., В.М. Леванов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. - Т. 30. - № 1. - С. 102-109.
88. Карякин, Н.Н. Оценка эффективности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации / Н.Н. Карякин, А.В. Кочубей, П.В. Мухин // Медицинский альманах. - 2013. - № 5(29). - С. 14-17.
89. Касимовская, Н.А. Специализированная медицинская помощь / для студентов, обучающихся по специальностям 060101 «Лечебное дело», 060103 «Педиатрия», 060105 «Медико-профилактическое дело», 060201 «Стоматология» / Н.А. Касимовская, М.С. Микерова под ред. В.З. Кучеренко // М., 2012. – 70 с.
90. Кекелидзе, З.И. Эпидемиологические показатели психических расстройств в Российской Федерации в 2009-2018 гг. Меры по совершенствованию оказания психиатрической помощи / З.И. Кекелидзе, Н.Д. Букреева, Н.К. Демчева, Е.В. Макушкин // Психическое здоровье. - 2019. - № 10. - С. 3-10.
91. Кербииков, О.В. Избранные труды (Ред. коллегия: Г.К. Ушаков (отв. ред.) и др.) / О.В. Кербииков // Акад. мед. наук СССР. - Москва: Медицина, 1971. - 312 с.
92. Климентова, И.В. Этапы институционализации психиатрической службы: региональный аспект / И.В. Климентова, Е.А. Андриянова, Е.В. Чернышкова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. - 2017. - № 4(28). - С. 116-122.
93. Ключко, Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства / Е.Ю. Ключко // Психологическая наука и образование. - 2016. - Т. 21 - № 1. - С. 94-107.
94. Ковалев, В.В. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи / В.В. Ковалев, И.Я. Гурович // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1986. - Т. 86. - № 9. - С. 1410-1416.

95. Козлова, С.Н. Сердечно-сосудистая патология при психических расстройствах / С.Н. Козлова, А.А. Марченко, А.А. Краснов, А.В. Язенок // Монография / Санкт-Петербург. -ООО «Издательство «СпецЛит». - 2019. – 110 с.

96. Конвенция «О правах инвалидов», принятая Генеральной ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года № 61/106. [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

97. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // М., Проспект., 2021. - 66 с.

98. Копцева, О.В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Российской Федерации: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Копцева Ольга Владимировна - М., 2009. - 192 с.

99. Костюк, Г.П. К восстановлению без изоляции и стигматизации / Г.П. Костюк // Нить Ариадны. – Москва. - 2017. - Vol. 4(131). - С. 2-3.

100. Костюк, Г.П. Модернизация психиатрической службы г. Москвы: от гуманизации помощи к развитию общественно ориентированной психиатрии / Г.П. Костюк, А.В. Масыкин // Психиатрия. – 2018. – № 3(79). – С. 23-29.

101. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов // М.: Практическая медицина - 2011. - 431 с.

102. Кучин, Н.Е. Медико-социальная оценка психического здоровья молодежи призывного возраста и совершенствование информационного обеспечения военно-врачебной экспертизы: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Кучин Никита Евгеньевич. - М., 2014. - 167 с.

103. Лиманкин, О.В. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О.В. Лиманкин, С.А. Трущелев // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 6. –С. 4-15.

104. Лиманкин, О.В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Лиманкин Олег Васильевич – М., 2016. - 466 с.

105. Лиманкин, О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара): дис. ... кандидата мед. наук: 14.00.18 / Лиманкин Олег Васильевич – М., 2007. - 175 с.

106. Лобов, Е.Б. Экономическое время шизофрении в России / Е.Б. Лобов. В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - № 3. - С. 36-42.

107. Макушкина, О.А. Внебольничная профилактика опасных действий лиц с психическими расстройствами в зарубежных странах и в России: формы и показатели эффективности. / О.А. Макушкина, С.В. Полубинская // Социальная и психическая психиатрия. - 2019. - 29(3). - С. 94-101.

108. Малыгин, Я.В. Выбор медицинской организации и модели поведенческих стратегий совладания с болезнью пациентов с психическими расстройствами невротического уровня / Я.В. Малыгин, Б.Д. Цыганков, А.Л. Линденбратен. // М.: Изд-во ТРИУМФ. - 2016. - 228 с.

109. Малыгин, Я.В. Многофакторная модель поведения пациентов по обращаемости за медицинской помощью при депрессивных и невротических расстройствах / Я.В. Малыгин, Д.Б. Цыганков, В.Л. Малыгин, С.А. Шамов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 1-2. – С. 17-21.

110. Малыгин, Я.В. Многофакторные модели поведенческих стратегий совладания с болезнью и выбора медицинской организации пациентами с психическими расстройствами невротического уровня: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Малыгин Ярослав Владимирович. – Москва, 2016. – 381 с.

111. Масякин, А.В. Состояние амбулаторного звена психиатрической службы в различных странах / А.В. Масякин, Н.С. Тер-Каспарьянц // Фундаментальные аспекты психического здоровья. - 2018. - № 1. - С. 36-39.

112. Масякин, А.В. Организация психиатрической помощи в общемедицинской сети / А.В. Масякин // В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. Материалы научно-практической конференции. - 2019. - С. 223-229.

113. Медик, В.А. Состояние здоровья региона / В.А. Медик, А.Г. Швецов, В.И. Лисицын [и др.] // Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения // Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 120-219.
114. Медик, В.А. Математическая статистика в медицине в 2 Т. Том 1: Учебное пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – 2-е изд., пер. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 471 с.
115. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ.; под ред. Ю.А. Нуллера, Ю. Циркина. СПб.: АДИС, 1994. - 302 с.
116. Мекаччи, Л. Русская психология и психиатрия в Италии во второй половине XX века / Л. Мекаччи // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». – 2012. - № 3. - С. 73-80.
117. Мелик-Гусейнов, Д.В. О концепции развития психиатрической службы города Москвы / Д.В. Мелик-Гусейнов, Г.П. Костюк, Р.А. Черемин // Региональный опыт модернизации психиатрических служб: Сборник материалов Научно-практической конференции, Москва, 05 июня 2017 года / Под редакцией Г.П. Костюка. – Москва: ООО «Издательский дом КДУ». - 2017. – С. 263-270.
118. Мерекина, М.Д. Анализ развития стационарозамещающих технологий в России / М.Д. Мерекина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 3. - С. 336-347.
119. Мурзабаева, С. Профилактика суицида среди несовершеннолетних / С. Мурзабаева, Р.Р. Хидиятуллина // Учитель Башкортостана. - 2002. - № 12. - С. 81.
120. Мухамедова, И.Н. Психосоциальная реабилитация лиц, страдающими психическими расстройствами, как метод предупреждений регоспитализаций / И.Н. Мухамедова, М.Х. Шайихмагомедов // Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико-психологической помощи: Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции, Махачкала, 08–09 ноября 2019 года / Под

редакцией Н.Р. Моллаевой, М.М. Далгатова, А.М. Муталимова. – Махачкала: Дагестанский государственный педагогический университет, 2019. – С. 131-134.

121. Некрасов, М.А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.18 / Некрасов Михаил Анатольевич. – М., 2008 - 419 с.

122. Никифорова, Т.Ю. К вопросу оценки качества социальных и психологических услуг в условиях психоневрологического учреждения / Т.Ю. Никифорова, С.А. Маскалянова, О.А. Данковцев // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. - 2020. - Т. 25. -№ 188. - С. 97-104.

123. Оганов, Р.Г. Психическое здоровье населения как общемедицинская проблема / Р.Г. Оганов, И.Е. Колтунов, Н.В. Погосова // Современные медицинские технологии. - 2009. - № 9. - С. 78-79.

124. Организация служб охраны психического здоровья. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. / Geneva. World Health Organization. - 2006. - 92 с.

125. Орлов, Р.А. Теоретические аспекты депрессии у детей и подростков / Р.А. Орлов, Д.А. Михайлова, Л.А. Лазаренко // На пересечении языков и культур. Актуальные вопросы гуманитарного знания. - 2020. -№ 3(18). - С. 515-522.

126. Осколкова, С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 / С.Н. Осколкова // Психиатрия. - 2020. - Т. 18. - № 3. - С. 49-57.

127. Пазына, Е.О. Правовая охрана психического здоровья в Великобритании / Е.О. Пазына // Мониторинг правоприменения. - 2016. - № 2(19). - С. 77-82.

128. Палин, А.В. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: совершенствование структуры и содержания работы / А.В. Палин, А.В. Нарышкин, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. - № 4. - С. 60-64.

129. Панченко, Е.А. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России / Е.А. Панченко, Б.С. Положий // Российский психиатрический журнал. -

2012. - № 1. - С. 52-56.

130. Паутов, Д.А. Особенности организации психиатрической помощи за рубежом / Д.А. Паутов, М.В. Будько, М.А. Никитина // Авиценна. - 2017. - С. 34-36.

131. Первичная медицинская помощь и психическое здоровье [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://medpsy.com/zdravo/zprof10_01.php (дата обращения: 11.02.2021).

132. Перкенсен, Н. Влияние эвтаназии на психиатрическую реформу в Германии / Н. Перкенсен // Вестник ассоциации психиатров Украины. 2013 - № 2. - С. 28-31.

133. Перегонцева, Н.В. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости психическими расстройствами в период XX и XXI веков / Н.В. Перегонцева, К.Н. Лососкова // В сборнике: Актуальные вопросы общей и социальной гигиены. сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня основания Смоленского государственного медицинского института. 2020. - С. 202-205.

134. Петраков, Б.Д. Эпидемиология психических расстройств (Руководство для врачей) / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков // М.: НЦПЗ РАМН - 1996. - 135 с.

135. Петрова, Н.Н. Психиатрия, медицинская психология (специалитет). Учебник / Н.Н. Петрова // Издательство: Кнорус - 2021 г. - 508 с.

136. Плотников, А.В. Новые тенденции в организации психиатрической и наркологической медицинской помощи больным туберкулезом легких / А.В. Плотников // Scientist (Russia). – 2018. – № 6(6). – С. 1.

137. Погосова Н.В. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА / Н.В. Погосова, С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2018. – Т. 58. – № 11. – С. 5-16.

138. Полянский, Д.А. Проблемы организации психиатрической помощи и влияющие на нее факторы в странах Африки / Д.А. Полянский, А.Б. Шмуклер, С.В. Шпорт // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. - Т. 30. - № 3. - С. 86-92.

139. Постановление Правительства РФ от 25.05.1994 № 522 (ред. от 24.11.2014) «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» (вместе с «Положением о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов», «Положением об общежитиях для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи») [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/2305285/paragraph/70:0>

140. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. Постановления Правительства РФ от 13.07.2012 г. № 710). [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/12137881/>

141. Постановление Правительства РФ 10.05.2007 г. № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)». [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/4184672/>

142. Постановление Правительства РФ от 06.04.2011 № 254 «О внесении изменений в Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280». [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/12184579/>

143. Поташева, А.П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клиничко-социальная и экономическая эффективность: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Поташева Ангелина Петровна. - М., 2007. - 176 с.

144. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2020 года № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=209719#GW9BCeSYhXWCCWoK1>

145. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н (ред. от

13.09.2018) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.07.2012 № 24895) // Российская газета от 25 июля 2012 г. - № 168.

146. Приказ МЗ РФ от 05.10.1998 г. № 289 «Об аналитической диагностике наркотических средств, психотропных и других токсичных для организма человека». [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/12113272/>

147. Приказ Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. № 225н (ссылка на приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. № 45 «Штатные нормативы медицинского и иного персонала наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений»). [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/12176689/>

148. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (с изменениями от 13.09.2018 г.). [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/70200618/>

149. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 сентября 2018 г. № 620н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н» [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71998898/>

150. Пузин, С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова [и др.] / Медико-социальная экспертиза и реабилитация – 2013. - № 3. – С. 3-10.

151. Путивцева, Н.П. Разработка иерархической многокритериальной процедуры оценки качества экспертов / Н.П. Путивцева, С.В. Игрунова, Е.Ю. Бекетова, С.А. Капитан // Научный результат. Информационные технологии. – 2016. – Т. 1. – № 1. – С. 39-47.

152. Расулов, А.Р. Развитие системы охраны психического здоровья в Азербайджане / А.Р. Расулов // Казанский медицинский журнал. - 2017. - Т. 98. - № 4. - С. 656-661.

153. Расулов, А.Р. Эффективность психиатрической реабилитации больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении / А.Р. Расулов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2021. - Т. 121. - № 2. - С. 13-17.

154. Рид, Дж.М. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих расстройств / Дж.М. Рид, В.Н. Краснов, М.А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - Т. 23. - № 4. - С. 56-61.

155. Розэ, А. Германия решает вопрос о принудительном лечении. [Электронный ресурс] / А. Розэ // Российская газета. - 2012. - Режим доступа: <https://rg.ru/2012/12/11/bolnie-site.html>

156. Сагалакова, О.А. Интеграция охраны психического здоровья в первичное звено медицинской помощи: глобальная перспектива / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев. // ВОЗ/ВОНКА - 2008. - С. 21- 46.

157. Семенов, В.Ю. Применение принципов стратегического управления системой профилактики социально-опасных заболеваний в Московской области / В.Ю. Семенов, А.Н. Гуров, С.М. Смбатян // Проблемы управления здравоохранением. - 2011. - № 5. - С. 6-9.

158. Семенова, Е.С. Клинико-социальные факторы риска развития суицидального поведения / Е.С. Семенова, Д.С. Колесникова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2020. - Т. 10. - № 1. - С. 28-29.

159. Семенова, Н.Б. Закономерности формирования психического здоровья детей коренного населения Республики Тыва: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Семенова Надежда Борисовна. - Красноярск, 2009. - 312 с.

160. Семенова, Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / Н.В. Семенова // Российский психиатрический журнал. - 2012. - № 2. - С. 25-29.

161. Семенова, Н.В. Совершенствование психиатрической помощи населению: многоуровневая модель с интеграцией в первичную медицинскую сеть / Н.В. Семенова // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 60. - № 5. –С. 57-65.
162. Семенова, Н.В. Психиатрическая заболеваемость пожилого населения в России в 2016-2018 гг. / Н.В. Семенова // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: Сборник тезисов, Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 года. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 1522-1523.
163. Сергеева, Н.М. Негативное влияние алкоголизма в России: экономические аспекты / Н.М. Сергеева // Региональный вестник. - 2019. - № 15(30). - С. 54-56.
164. Скляр, В.А. Организация и математическое планирование эксперимента: учебное пособие / В.А. Скляр. – Екатеринбург: Издательские решения, 2017. – 92 с.
165. Смулевич, А.Б. Внимания к проблемам психиатрии недостаточно / А.Б. Смулевич // Нейрон. Вестник неврологии и психиатрии. - 2011. - № 1. - С. 5.
166. Соловьева, А.П. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях / А.П. Соловьева, Д.В. Горячев, В.В. Архипов // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. – 2018. – Т. 8. – № 4. – С. 218-230.
167. Соловьева, Н.В. «Реформа психиатрической службы» Реформирование российской психиатрической службы. 2009. [Электронный ресурс] / Режим доступа: personpsy.ru/publikacii/reforma_psihicheskoi_služby/
168. Соха, В.Г. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных шизофренией, впервые признанных инвалидами: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.34 / Соха Валентина Григорьевна. - М., 1999. - 157 с.
169. Социально-значимые заболевания: перечень и характеристика. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://businessman.ru/sotsialno-znachimyie-zabolevaniya-perechen-i-harakteristika.html> (дата обращения: 04.08.2020).
170. Спектор, С.И. Комплексный подход к реабилитации детей с задержкой

психологического развития / С.И. Спектор, К.Ю. Ретюнский, О.П. Староверова, С.И. Богданов. - Екатеринбург: Изд-во Урал. университета - 2005. - 140 с.

171. Стародубов, В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - 624 с.

172. Стародубов, В.И. Управляемые факторы в профилактике заболеваний / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, А.М. Лукашев // М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ - 2003. - 170 с.

173. Степанова, О.Н. Комплексная полупрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Степанова Ольга Николаевна - М., 2009. - 174 с.

174. Табачников, С. Очерки детской психиатрии: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / Под ред. профессора С. Табачникова и В. Фримонт // НейроNEWS. – 2012. – 300 с.

175. Тер-Израелян, А.Ю. Актуальность концепции развития кластерно-модульной системы психиатрической помощи в городе Москве / А.Ю. Тер-Израелян, Н.К. Гришина, Т.Е. Евдокимова [и др.] // Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико-психологической помощи: Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции, Махачкала, 08–09 ноября 2019 года / Под редакцией Н.Р. Моллаевой, М.М. Далгатова, А.М. Муталимова. – Махачкала: Дагестанский государственный педагогический университет. - 2019. – С. 205-213.

176. Тер-Израелян, А.Ю. Исторические предпосылки становления современной психиатрической стационарозамещающей помощи в формате кластерно-модульной системы современного мегаполиса / А.Ю. Тер-Израелян, В.А. Решетников, Г.П. Костюк, Т.Е. Евдокимова, В.В. Козлов, С.Д. Марченко // Вопросы истории - 2021. - № 4-2, С. 55-65.

177. Тер-Израелян, А.Ю. Некоторые актуальные вопросы диспансерной

стационарозамещающей психиатрической помощи в городе Москве / А.Ю. Тер-Израелян, А.В. Белостоцкий // *Фундаментальные аспекты психического здоровья* - Москва - 2018. - № 4 - С. 49-53.

178. Тер-Израелян, А.Ю. Некоторые организационно-социологические аспекты совершенствования оказания психиатрической помощи больным / А.Ю. Тер-Израелян, Т.Е. Евдокимова, А.В. Коровяков // *Вестник последипломного медицинского образования*. – 2020. – № 2. – С. 37-43.

179. Тер-Израелян, А.Ю. Обеспечение психиатрической помощью лиц с психическими расстройствами / А.Ю. Тер-Израелян // *Фундаментальные аспекты психического здоровья*. – 2018. – № 2. – С. 110-115.

180. Тер-Израелян, А.Ю. Порядок организации психиатрической помощи в стационаре / А.Ю. Тер-Израелян // *Фундаментальные аспекты психического здоровья*. – 2018. – № 3. – С. 14-19.

181. Тер-Израелян, А.Ю. Совершенствование управления медицинскими организациями, оказывающими специализированную первичную медико-санитарную помощь психически больным / А.Ю. Тер-Израелян, А.В. Белостоцкий, Н.К. Гришина [и др.] // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 322-326.

182. Тер-Израелян, А.Ю. Принципы организации оказания внебольничной стационарозамещающей помощи психически больным в условиях работы амбулаторного модуля / А.Ю. Тер-Израелян, Т.Е. Евдокимова // *Вестник последипломного медицинского образования*. – 2019. – № 1. – С. 9-17.

183. Торникрофт, Г. Матрица охраны психического здоровья / Г. Торникрофт, М. Танселла: Пособие по совершенствованию служб. Пер. с англ. - Киев: Сфера. - 2000. - 158 с.

184. Трепель, В.Г., Актуальные аспекты законодательства, регулирующего порядок оказания психиатрической помощи / В.Г. Трепель, М.А. Шишов, Е.В. Шумилиа // *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*. - 2012. - № 1. - С. 134-136.

185. Трущелёв, С.А. Инвалидность вследствие психических расстройств в

Российской Федерации / С.А. Трущелёв, З.И. Кекелидзе, Н.К. Демчева // Российский психиатрический журнал. - 2019. - № 3. - С. 4-10.

186. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.). [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901977493>

187. Уткин, А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Уткин Александр Александрович - М., 2009. - 153 с.

188. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 4 июня 2001 г. - № 23 - ст. 2291.

189. Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_49025/

190. Федеральный закон РФ от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

191. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

192. Фесенко, Ю.А. Пограничные психические расстройства у детей:

Практическое пособие (Профессиональная практика) / Ю.А. Фесенко. – 1-е изд. – Москва: Издательство Юрайт. -2019. – 224 с.

193. Фукс, Д.М. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России / Д.М. Фукс // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. - М.: Медпрактика-М. - 2007. - С. 305-317.

194. Хальфин, Р.А. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / Р.А. Хальфин, В.С. Ястребов, И.А. Митина, В.Г. Митин // Психиатрия. - 2004. - Т. 2. - С. 14-28.

195. Хрипун А.И. Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна / А.И. Хрипун // Московская медицина. – 2017. - № 2. – С. 2.

196. Цыганков, Б.Д. Психиатрия: Руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - 489 с.

197. Цыганок, Л.А. Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы (обзор реформ в психиатрии в США и Европе, предпосылки, сущность реформ, проблемы на пути их реализации, результаты реформ, планы на будущее) / Л.А. Цыганок // Независимый психиатрический журнал. — 2007. - № 3 – С. 64-74.

198. Чуркин, А.А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 г. / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал. - 2007. - № 1. - С. 4-12.

199. Шанько, Г.Г. Неврозы у детей / Г.Г. Шанько // Минск. - 2007. – 154 с.

200. Шамсутдинова, А.Г. Соблюдение биоэтических принципов в психиатрической практике (обзор) / А.Г. Шамсутдинова, М.К. Касымжанова, К. Юшкевич // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2018. – № 1. – С. 63-69.

201. Шаяхметова, Э.Ш. Роль психологического статуса личности пожилого человека в формировании депрессивных состояний / Э.Ш. Шаяхметова, Т.С. Аслаев, А.Н. Петров // Международный научно-исследовательский журнал. - 2021. - № 2-3(104). - С. 72-75.

202. Шевченко, Ю.С. Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России / Ю.С. Шевченко, А.А. Северный, Н.М. Иовчук // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2006. - № 2. - С. 23-32.

203. Шелегина, А.В. Основы профилактики распространения социально значимых заболеваний в подростковой среде: методическое пособие для студентов факультета физического воспитания / А.В. Шелегина, И.Л. Левина // ГОУ ВПО «Кузбасская государственная педагогическая академия», кафедра ТиПФОФК - Новокузнецк, 2011 –114 с.

204. Шереметьева, И.И. Организация психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких в современных условиях / И.И. Шереметьева, А.В. Плотников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 1(94). – С. 65-68.

205. Шипова, В.М., Планирование объема работы и численности персонала для оказания больничной помощи при социально значимых заболеваниях / В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - № 1. - С. 59-63.

206. Шипова, В.М., Планово-нормативные показатели медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях: монография / В.М. Шипова, Ю.А. Тюков, Т.Н. Воронцов // Челябинск: Изд-во Южно-Уральского медицинского университета - 2013. - 225 с.

207. Шишков, С.Н. Об изменениях, внесенных в закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / С.Н. Шишков, Н.А. Гречишкина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - № 1. - С. 28-31.

208. Шматова, Ю.Е. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыт зарубежных исследований / Ю.Е. Шматова // Проблемы развития территории. 2020.- № 4(108). - С. 88-108.

209. Шмилович, А.Л. Общественные организации в сфере психического здоровья как важный компонент реабилитационной идеологии психиатрической

помощи / А.Л. Шмилович // Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества: материалы научно-практической конференции, Москва, 29 октября 2018 года. – Москва: ООО «Издательский дом КДУ». - 2019. – С. 117-120.

210. Шмуклер, А.Б. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы / А.Б. Шмуклер, И.Я. Гурович, Г.П. Костюк // Социальная и клиническая психиатрия. – Москва. - 2016. - Т. 26 - вып. 4. - С. 97-109.

211. Шредер, О.Б. Изучение потенциала мобильных приложений при поддержке пациентов с психическими расстройствами / Шредер О.Б. // Вестник Томского института повышения квалификации работников ФСИН России. - 2021. - № 1(7). - С. 107-111.

212. Шукиль, Л.В. Психиатрическая помощь в Омской области / Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - Т. 26. - № 4. - С. 39-49.

213. Щепин, О.П. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / О.П. Щепин, В.А. Медик // М. - 2010. - 384 с.

214. Щепин, О.П. Здоровье населения - основа развития здравоохранения. / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик // М.: НИИ общественного здоровья РАМН - 2009 - 376 с.

215. Щепин, О.П. Основы профилактической медицины в России (исторические аспекты и современные представления) / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Ф.А. Давлетшин // М., 2011. - 276 с.

216. Юдина, И.Э. Медико-социальная характеристика больных психическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Юдина Ирина Эдуардовна. - Оренбург, 2000. - 173 с.

217. Ястребов, В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк: Руководство по психиатрии / В.С. Ястребов: под ред. А.С. Тиганова. // М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - 712 с.

218. Ястребов, В.С. Социальная психиатрия и организация

психиатрической помощи. Психиатрия: Руководство для врачей / В.С. Ястребов: под ред. А.С. Тиганова. // М.: Медицина, 2012. - 324 с.

219. Ястребов, В.С. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований / В.С. Ястребов, В.Г. Митихина, Т.А. Солохина, И.А. Митихина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - 116(12). - С. 4-12.

220. Ястребов, В.С. Современные тенденции развития психиатрических служб / В.С. Ястребов, О.В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. - 117(10). - С. 4-9.

221. Alonso, J. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. / J. Alonso, M.C. Angermeyer, S. Bemert [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica – Suppl. 2004. – Vol. 109 – P. 21- 27.

222. Alonso, Suarez M. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia / M. Suarez Alonso, M.F. Bravo-Ortiz, A. Fernandez-Liria [et al.] // Epidemiol Psychiatr Sci. - 2011. - Vol. 20. - № 1. - P. 65-72.

223. Baeyer, W. Psychiatrie der Verfolgten / W. Baeyer, K.P. Kisker, H. Häfner // Bern. - Springer. – 1964. – 412 p.

224. Bailey, S.K. Disability and psychiatric symptoms in men referred for treatment with work-related problems to primary mental health care / S.K. Bailey, C.J. Mushquash, J.M. Haggarty // Healthcare (Basel). – 2017. – Vol. 5(2). – P. 18.

225. Bauer, M. Die Psychiatrische Abteilung am Allgeminkrankenhaus - Möglichkeiten und Grenzen. / M. Bauer // Der Nevenarzt. – 1996 - 67(1). - 139.

226. Baumann, A. Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen. Ein nationales Programm. [Destigmatisation of mental disorders. A national programme] / A. Baumann, W. Gaebel // Nervenheilkunde. - 2006. – Vol. 25. – P. 69–72.

227. Berger, T. Evaluating an e-mental health program («deprexis») as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. / T. Berger, T. Krieger, K. Sude [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2018 – Vol. 227. - P. 455-462.

228. Blazinovic, I. Comparison of Clinical and Sociodemographic Characteristics of Patient with Schizophrenia Treated Stationary and at Day Hospital / I. Blazinovic, I. Orlovic, D. Karlovic, V. Peitl // *An International Journal of Psychiatry and Related Sciences*. - 2019 - Vol. 55. - № 2. – P. 127-138.

229. Bocher, R. Responsiveness and sustainability of psychiatric care in France during COVID-19 epidemic / R. Bocher, C. Jansen, P. Gayet, P. Gorwood, V. Lapr evote // *Encephale*. – 2020. – Vol. 46(3S). – P. S81-S84.

230. Bousman, C.A. Review and consensus on pharmacogenomic testing in psychiatry. / C.A. Bousman, S.A. Bengesser, K.J. Aitchison [et al.] // *Pharmacopsychiatry*. – 2021. – Vol. 54(1). – P. 5-17.

231. Chauvelin, L. Emergency organization of child psychiatric care following the terrorist attack on July 14, 2016, in Nice, France. / L. Chauvelin, M. Gindt, B. Olliac [et al.] // *Disaster Med Public Health Prep*. – 2019. – Vol. 13(2). – P. 144-146.

232. Clarke, A. The crisis in psychiatric hospital care: changing the model to continuous, integrative behavioral health care. / A. Clarke, I.D. Glick // *Psychiatr Serv*. – 2020. – Vol. 71(2). – P. 165-169.

233. Collins, P.Y. Action on mental health needs global cooperation / P.Y. Collins, S. Saxena // *Nature*. - 2016. - Vol. 532. - P. 25–27.

234. Corleone, F. Relazione semestrale sull'attivit  svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. / F. Corleone // *Milano: Dritto Penale Contemporaneo*. - 2017. - Italian. – 148 p.

235. De Girolamo, G. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. / G. De Girolamo, A. Picardi, G. Santone [et al.] // *Psychol Med*. – 2005. - Vol. 35(3). – P. 421–431.

236. De Girolamo, G. Residential care in Italy: national survey of non-hospital facilities / G. De Girolamo, I.A. Picardi, R. Micciolo [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. - 2002. - Vol. 181. - P. 220-225.

237. D'Avanzo, B. Discharges of patients from public psychiatric hospitals in Italy between 1994 and 2000. / B. D'Avanzo, A. Barbato, C. Barbui [et al.] // *Int J Soc Psychiatry*. – 2003. - Vol. 49(1). - P. 27–34.

238. Dressing, H. Legal frameworks and key concepts regulating diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union members states / H. Dressing, H. Salize, H. Gordon // Eur. Psychiatry - 2007. - Vol. 22. - P. 413-484.

239. European pact for mental health and well-being established by the EU high-level conference «Together for Mental Health and Well-Being» held in Brussels on 13 June 2008 [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_en.pdf

240. Fundamental Facts About Mental Health 2015 / Mental Health Foundation, October 2015. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/fundamental-facts-about-mental-health-2015>

241. Gardner, J.S. Remote telepsychiatry workforce: a solution to psychiatry's workforce issues. / J.S. Gardner, B.E. Plaven, P. Yellowlees, J.H. Shore // Curr Psychiatry Rep. – 2020. – Vol. 22(2). – P. 8.

242. Gaynes, B.N. Major Depression Symptoms in Primary Care and Psychiatric Care Settings: A Cross-Sectional Analysis. / B.N. Gaynes, A.J. Rush, M.H. Trivedi [et al.] // Ann Family Medicine. – 2007 – Vol. 5(2) - P. 126-134.

243. Gilburt, H. Service transformation: Lessons from mental health / H. Gilburt, E. Peck, B. Ashton [et al.] // The King's Fund. - February 2014. - P. 1 -9.

244. Gournay, K. Community psychiatric nurse in primary health care / K. Gournay, J. Brooking // Br. J. Psychiatry. - 1994. - Vol. 165. - № 2. - P. 231-238.

245. Gurovich, I.Ya. Modern Trends in Mental Health Delivery Services Worldwide and in the Russian Federation. / I.Ya. Gurovich, O.O. Papsuev // European Journal of Medicine. - 2013. - Vol. 1. - № 1 - P. 22-36.

246. Gurovich, I. Psychosocial rehabilitation as an essential area of psychiatric care targeting the social recovery of mentally ill patients / I. Gurovich, A. Shmukler, O. Papsuev // International Journal of Culture and Mental Health. – 2018. - Vol. 11(1). - P. 46–51.

247. Huffhines, L. Internalizing, externalizing problems and psychiatric hospitalizations: examination of maltreatment chronicity and coping style in adolescents in foster care. / L. Huffhines, Y. Jackson, K.J. Stone // *J Child Adolesc Trauma*. – 2020. – Vol. 13(4). – P. 429-441.

248. Ignatyev, Y. Development and preliminary validation of the scale for evaluation of psychiatric integrative and continuous care-patient's version / Y. Ignatyev, J. Timm, M. Heinze, S. Indefrey, S. von Peter // *Front Psychiatry*. – 2017. - Vol. 8. – P. 162.

249. Istituto Nazionale di Statistica [Электронный ресурс]. / Rome: Istituto Nazionale di Statistica // 2018. - Italian. – Режим доступа:<http://www.istat.it/it/>

250. Jacobi, F. Versorgungs- und hilfesystemefür menschen mit psychischen erkrankungen und psychosozialem hilfebedarf in Deutschland. / F. Jacobi, S.L. Kunas, M.L.D. Annighöfer [et al.] // *Gesundheitswissenschaften*. – 2019 – P. 1-18.

251. Janssen-de Ruijter, E.A.W. Many, more, most: four risk profiles of adolescents in residential care with major psychiatric problems. / E.A.W. Janssen-de Ruijter, E.A. Mulder, J.K. Vermunt, C. van Nieuwenhuizen // *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. – 2017. – Vol. 11. – P. 63.

252. Jenkins, R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy / R. Jenkins // *Int. rev. psychiatry*. - 2003. - № 15(1-2). - P. 188-200.

253. Johl, S.S. Italian Psychiatry / S.S. Johl // *Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*. 1985. - Vol. 9. - P.73-74.

254. Johne, J. Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany- assessment and preliminary validation of specific program components. / J. Johne, S. von Peter, J. Schwarz [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2018. – Vol. 18(1). - P. 278.

255. Jorm, A.F. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries / A.F. Jorm, S.B. Patten, T.S. Brugha, R. Mojtabai // *World Psychiatry*. - 2017. - № 1. - P. 90–99.

256. Kessler, R.C. Screening for serious mental illness in the general population

with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. / R.C. Kessler, J.G. Green, M.J. Gruber [et al.] // *Int J Methods Psychiat Res* 2010. – Jun. 19. - Suppl. 1 - P. 4-22.

257. Kessler, R.C. *World Mental Health Surveys, 2008. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders.* / R.C. Kessler, T.B. Ustun // Cambridge; New York. - Cambridge university press. - 2008. - 608 p.

258. Knapp, M. The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience / M. Knapp, J. Beecham, D. McDavid [et al.] // *Health Soc. Care Comm.* - 2011. - Vol. 19. - № 2. - P. 113-125.

259. Kohn, R. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. / R. Kohn, I. Levav, J.M. Caldas de Almeida [et al.] // *Rev Panam Salud Publica.* - 2005. – Vol. 18(4-5). - P. 229-240.

260. Kononets, A.S. About behavior violation as a key factor of social inadaptivity and legal disturbances / A.S. Kononets, A.S. Kuznetsova, M.P. Chernyshkova // *Психическое здоровье.* – 2018. – Vol. 16. – № 6. – P. 66-71.

261. Kravitz, R. Influence of patients requests for direct-to-consumer advertized antidepressants: A randomized controlled trial / R.L. Kravitz, R.M. Epstein, M.D. Feldman [et al.] // *JAMA.* - 2005. - Vol. 293. - P. 199-202.

262. Laukkanen, E. Psychiatric nursing managers' attitudes towards containment methods in psychiatric inpatient care. / E. Laukkanen, L. Kuosmanen, O. Louheranta, K. Vehviläinen-Julkunen // *J Nurs Manag.* – 2020. – Vol. 28(3). – P. 699-709.

263. Leff, J. *Care in the Community: Illusion of Reality?* / J. Leff (Ed.) // Chichester: J.Wiley and Sons. - 1998. – 230 p.

264. Legge Basaglia, Legge 180. 23 dicembre [Электронный ресурс] 1978. - № 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale / Режим доступа: https://it.wikisource.org/wiki/L._23_dicembre_1978,_n._833_Istituzione_del_Servizio_Sanitario_Nazionale

265. Lesage, A. Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders / A. Lesage, M. Phill, D. Gelmas // *Can. J. Psychiatry.* - 2003.

- Vol. 48. - № 7. - P. 485-492.

266. Leviton, A. Characteristic of future models of integrated outpatient care. / Alan. Leviton, J. Oppenheimer, M. Chiujea [et al.] // *Healthcare*. - 2019. – Vol. 7(2) – P. 65.

267. Liappas, J. Suicidal and parasuicidal behavior and drug addiction / J. Liappas, E. Mellos, V. Pomini[et al.] // *Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts (Athens, 16-19 May 1996) – Athens*. - 1996. - P. 101.

268. Lloyd-Evans, B Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry / B. Lloyd-Evans, S. Johnson // *World Psychiatry*. – 2019. – Vol. 18(1). - P. 31-32.

269. Lunenburg, C.A.T.C. Pharmacogenetics in psychiatric care, a call for uptake of available applications. / C.A.T.C. Lunenburg, C. Gasse // *Psychiatry Res*. – 2020. - Vol. 292.

270. Lunenburg, C.A.T.C. Pharmacogenetic genotype and phenotype frequencies in a large Danish population-based case-cohort sample. / C.A.T.C. Lunenburg, J.P. Thirstrup, J. Bybjerg-Grauholm [et al.] // *Transl Psychiatry*. – 2021. – Vol. 11(1). - P. 294.

271. Lwidiko, A. Association between HIV status and depressive symptoms among children and adolescents in the Southern Highlands Zone, Tanzania: A case-control study. / A. Lwidiko, S.M. Kibusi, A. Nyundo, B.C.T. Mpondo // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13(2). - e0193145.

272. Madsen, M.M. Optimizing psychiatric care during the COVID-19 pandemic. / M.M. Madsen, D. Dines, F. Hieronymus // *Acta Psychiatr Scand*. – 2020. – Vol. 142(1). - P. 70-71.

273. Makol, B.A. Parent-youth divergence (and convergence) in reports of youth internalizing problems in psychiatric inpatient care. / B.A. Makol, A. De Los Reyes, R.S. Ostrander, E.K. Reynolds // *J Abnorm Child Psychol*. – 2019. - Vol. 47(10). – P. 1677-1689.

274. Marehin, M.S. Organisation des soins en psychiatrie au Gabon durant l'épidémie du COVID-19 [Organisation of psychiatric care in Gabon during the

COVID-19 epidemic] / M.S. Marehin, H.A. Mboumba, P.A. Obiang. // *Ann Med Psychol (Paris)*. - 2021 – Vol. 179(2). – P. 137-140.

275. Marshall, M. Systematic review of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care / M. Marshall, R. Crownther, A. Almaraz-Serrano [et al.] // *Health Technol. Asses.* - 2001. - Vol. 21. - № 2. - P. 1-75.

276. Marshall, M. Case management for people with severe mental disorders / M. Marshall, A. Gray, A. Lockwood, R. Green // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2011. - Vol. 13. - № 4. - CD000050.

277. Marshall, M. Assertive community treatment for people with severe mental disorders / M. Marshall, A. Lockwood // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2011. - Vol. 13. - № 4. - CD001089.

278. Mental Capacity Act 2005 (с. 9) [7th April 2005] (as amended on 14.05.2014). [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9>

279. Mental Health Act 1983 (с. 20) [9th May 1983] (as amended on 26.03.2015). [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20>

280. Mental Health Atlas [Электронный ресурс] / 2014. - Geneva: World Health Organization. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en

281. Mental Health Briefing Sheets Facts and Activities in Member States. The United Kingdom. [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/UK.pdf (дата обращения 22.08.2019).

282. Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003 (asp 13) (received Royal Assent on 25th April 2003) (as amended on 04.08.2015). [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/asp/2003/13>

283. Mental Health (Wales) Measure 2010 (nawm 7) approved by Her Majesty in Council on 15 December 2010 (as amended on 29.04.2015). [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/mwa/2010/7>
284. Mizuno, M. The Sasagawa project: a model for deinstitutionalisation in Japan / M. Mizuno, K. Sakuma, Y. Ryn [et al.] // Keio J. Med. - 2005. - Vol. 54 - № 2. - P. 95-101.
285. Murthy, R.S. National Mental Health Survey of India 2015-2016. / R.S. Murthy // Indian J Psychiatry. – 2017. – Vol. 59(1). – P. 21-26.
286. NHS organisations in England, Quarter 3, 2015-16. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>
287. Nourse, R. Implementation of nurse navigation for behavioral health inpatient services to divert early readmissions: A pilot program / R. Nourse // Archives of psychiatric nursing. - 2021. – Vol. 35(2). - P. 168-171.
288. Parabiaghi, A., Measuring clinical change in routine mental health care: Differences between first time and longerterm service users / A. Parabiaghi, F. Rapisarda, B. D'Avanzo [et al.] // Aust. NZ J. Psychiatry. - 2011. – Vol. 45(7). – P. 558-568.
289. Petersen, I. Optimizing mental health services in low-income and middle-income countries / I. Petersen, C. Lund, D Stein. // Curr. Opin. Psychiatry. - 2011. - Vol. 4. - P. 318-323.
290. Pihlsgard, I. Suicide and bullying among children / I. Pihlsgard // Suicide: Biopsychosocial Approaches: Book of Abstracts, Athens, 16-19 May 1996.–Athens. - 1996. - P.97.
291. Pilia, R. Psychiatric problems amongst adolescents living with hiv at a tertiary care centre in India / R. Pilia, A. Hemal, S. Agarwal [et al.] // Indian Pediatr. – 2020. – Vol. 57. – P. 1026-1028.
292. Pradeep, B.S. National Mental Health Survey of India, 2016 - Rationale, design and methods. / B.S. Pradeep, G. Gururaj, M. Varghese [et al.] // PLoS One. – 2018. - Vol. 13(10). - e0205096.
293. Priebe, S. Institutionalisation revisited - with and without walls / S. Priebe //

Acta Psychiatr. Scand. - 2004. - Vol. 110. - P. 81-82.

294. Priebe, S. Re-institutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti [et al.] // Br. Med. J. - 2005. - Vol. 330. - P. 123-126.

295. Priebe, S. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006 / S. Priebe, P. Frottier, A. Gaddini [et al.] // Psychiatric Services. - 2008. - Vol. 59. - № 5. - P. 570-573.

296. Priebe, S. Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. / S. Priebe, E. Miglietta // World Psychiatry. - 2019. - Vol. 18(1). – P. 30-31.

297. Provost, D. Trends and developments in public psychiatry in France since 1975. / D. Provost, A. Bauer // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2001. Vol. 104(410). – P. 63-68.

298. Ramon, S. Psichiatria democratica: a case study of an Italian community mental health service / S. Ramon // International Journal of Health Services. 1983. - Vol. 13. - № 2. - P. 307-324.

299. Rapporto sulla Salute mentale anno 2015. [Электронный ресурс] / Roma: Ministero della Salute // 2017. - Italian. – Режим доступа: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2769

300. Roberts, E. A review of economic evaluations of community mental health care / E. Roberts, Y. Coming, K. Nelson // Med. Care Res. Rev. - 2005. - Vol. 62. - № 5. - P. 503-543.

301. Salize, H.J. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union / H.J. Salize, H. Dressing // Br J Psychiatry. - 2004. - Vol. 2. - P. 163-168.

302. Sander, J. Online therapy: an added value for inpatient routine care? Perspectives from mental health care professionals [Электронный ресурс] / J. Sander, F. Bolinski, S. Diekmann [et al.] // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2021. – Режим доступа: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-021-01251-1>

303. Sartorius, N. Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. / N. Sartorius, H. Schulze // Cambridge University Press. – 2005.

304. Saxena, S. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. / S. Saxena, G. Thornicroft, M. Knapp, H. Whiteford // Lancet. - 2007. - Vol. 370(9590). - P. 878-889.

305. Schröder, B. Regional budgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zutagesgleichen Pflegesätzen und zumzukünftigen Finanzierungssystem? [Regional Budgets in Psychiatry: An Alternative to Hospital per Diem Charges and the New Reimbursement System? - A Case Study from the District of Dithmarschen]. / B. Schröder, S. Fleßa // Psychiatr Prax. – 2017. – Vol. 44(8). - P. 446-452.

306. Schwarz, J. Psychosoziale Beratung in einem gemein depsychiatrischen Zentrum – Eine qualitative Studieüber die Erfahrungen der Nutzer. / J. Schwarz, A. Berghöfer, B. Brückner [et al.] // PPM – Psychother Psych Med. – 2019. - Vol. 69. – P. 167-175.

307. Schwarz, J. Rechtskreisübergreifende Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum [Interagency Cooperation in a Community Mental Health Centre - A Qualitative Study about the Stakeholders' Experiences]. / J. Schwarz, B. Stöckigt, A. Berghöfer [et al.] // Psychiatr Prax. – 2019 – Vol. 46(4). – P. 200-205.

308. Shalev, D. Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19 / D. Shalev, P.A. Shapiro // General Hospital Psychiatry. -2020 – Vol. 64. - May–June 2020. - P. 68-71.

309. Stab, N. A pilot study on the possibility of human-centred participative redesign of work organization at psychiatric wards. / N. Stab., W. Hacker // J Psychiatr Ment Health Nurs. – 2020. – Vol. 27(5). - P. 497-508.

310. Tansella, M. Community psychiatry without mental hospitals — the Italian experience: a review. / M. Tansella // Journal of the Royal Society of Medicine. – 1986. – Vol. 79 (11). – P. 664-669.

311. Tarvolen-Scroder, S. The World Health Organization disability assessment schedule (WHODAS 2.0) and the WHO minimal generic set of functioning and health

versus conventional instruments in subacute stroke. / S. Tarvonen-Schröder, S. Hurme, K. Laimi // *Journal of rehabilitation medicine*. - 2019. – Vol. 51(9). - P. 675-682.

312. The Mental Health (Northern Ireland) Order 1986 (No. 595 (N.I. 4)) [26th March 1986] (as amended on 31.03.2013). [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.legislation.gov.uk/nisi/1986/595>

313. The Organisation for Economic Co-operation and Development [Электронный ресурс]. / Paris: The Organisation for Economic Co-Operation and Development. - 2018. – Режим доступа: <http://www.oecd.org/>

314. Thornicroft, G. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. / G. Thornicroft, M. Tansella, A. Law // *World Psychiatry*. – 2008. - Vol. 7(2). - P. 87–92.

315. Trauer, T. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: Evaluation at 1 year / T. Trauer, J. Farhall, R. Newton, P. Cheung // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid.* - 2001. - Vol. 36. - № 8. - P. 416-419.

316. Tzeng, D. Healthcare in schizophrenia effectiveness and progress of a redesigned care network / D.S. Tzeng, L.-C. Lian, C.-U. Chang [et al.] // *BMS Health Serv. Res.* - 2007. - Vol. 17. - № 7. - P. 129.

317. United Kingdom Health Statistics 2010. Edition № 4 / Editors: M.P. Smith, D. Sweet, R. Holley. // London: Office for National Statistics. - 2010. - 129 p.

318. von Peter, S. Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach § 64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet / S. von Peter, J. Schwarz, A. Bechdorf // *Gesundheitswesen*. – 2021. – Vol. 83(01). – P. 33-39.

319. von Peter, S. Evaluation of flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany-a mixed-method patient and staff-oriented exploratory study. / S. von Peter, Y. Ignatyev, J. Johne // *Front Psychiatry*. – 2019. – Vol. 9. - P. 785.

320. Vreeman, R.C. Mental health challenges among adolescents living with HIV. / R.C. Vreeman, B.M. McCoy, S. Lee // *J Int AIDS Soc.* – 2017. – Vol. 20 (Suppl 3) - 21497.

321. Vu, T. Physician remuneration schemes, psychiatric hospitalizations and

follow-up care: Evidence from blended fee-for-service and capitation models. / T. Vu, K.K. Anderson, R.A. Devlin [et al.] // Soc Sci Med. – 2021. Jan. – 268 – 113465.

322. Wang, Ph.S. Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States / Ph.S. Wang, O. Demler, M. Olfson [et al.] // Am. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 163. - P. 1187-1198.

323. Wang, Ph.S. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. / Ph.S. Wang, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso [et al.] // Lancet. - 2007. Vol. 370(9590) - P. 841-850.

324. Woollett, N. Identifying risks for mental health problems in HIV positive adolescents accessing HIV treatment in Johannesburg. / N. Woollett, L. Cluver, M. Bandeira, H. Brahmhatt // J Child Adolesc Ment Health. – 2017. – Vol. 29(1). – P. 11-26.

325. Wullschleger, A. Can «Model Projects of Need-Adapted Care» Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? / A. Wullschleger, J. Berg, F. Bempohl, C. Montag // Front Psychiatry. – 2018. – Vol. 9. - P. 168.

326. Xiang, Y.T. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. / Y.T. Xiang, Y.J. Zhao, Z.H. Liu [et al.] // Int J Biol Sci. – 2020. - Vol. 16(10). - P. 1741-1744.

327. Younes, N. Décrire l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, de l'enfant à la personne âgée [Organization of psychiatric care from children to the elderly]. / N. Younes, M.C. Hardy-Bayle // Rev Prat. – 2017. – Vol. 67(3). – P. 113-116.

Приложение А. Анкета для изучения мнения врача стационара

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»

Уважаемые коллеги!

В целях улучшения качества организации и оказания медицинской помощи просим высказать свое мнение по вопросам, представленным в анкете. Отметьте, пожалуйста, подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов или, при необходимости, допишите. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарны за участие в опросе!

1. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

2. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в подостром состоянии? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

3. По Вашему мнению, на базе каких медицинских организаций должен быть организован амбулаторный модуль для оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами?

- на базе психиатрического стационара;
- на базе психиатрического диспансера;
- на базе городской поликлиники;
- другое (впишите) _____.

4. По Вашему мнению, что является наиболее значимым при лечении пациента в амбулаторном модуле (отметьте 3 наиболее значимых варианта ответа):

- сокращаются сроки лечения;
- психиатрическая симптоматика быстрее редуцируется;
- близость к месту жительства пациента;
- пациент становится более социально адаптированным;
- пациент может получать такой же объем помощи, как и в стационаре;
- лучшая оснащенность медицинским оборудованием;
- использование более современных медицинских технологий;
- снижается число повторных госпитализаций;
- другое (впишите) _____.

5. По Вашему мнению, правильно ли, что отделение интенсивного оказания психиатрической помощи(ОИОПП) организуется на базе дневного стационара в рамках амбулаторного модуля?

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

6. Удовлетворены ли Вы качеством организации работы в амбулаторном модуле?

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

7. Оцените по 5-балльной шкале (от 1 – совершенно не удовлетворены до 5 – полностью удовлетворены) удовлетворенность качеством организации работы подразделений амбулаторного модуля

Подразделения	Баллы				
	1	2	3	4	5
Регистратура	1	2	3	4	5
Физиотерапевтический кабинет	1	2	3	4	5
Кабинет психолога	1	2	3	4	5
Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП)	1	2	3	4	5
Медико-реабилитационное отделение (МРО)	1	2	3	4	5
Кабинет участковой амбулаторной помощи	1	2	3	4	5

8. Удовлетворены ли Вы отлаженностью взаимодействия между подразделениями амбулаторного модуля?

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

9. Удовлетворены ли Вы наличием преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь?

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

10. Оцените по 5-балльной шкале Вашу удовлетворенность нижеперечисленными факторами при работе в амбулаторном модуле (от 1 – совершенно не удовлетворены до 5 – полностью удовлетворены):

Вариант ответа	Баллы				
	1	2	3	4	5
1. Объем работы	1	2	3	4	5
2. Организация работы	1	2	3	4	5
3. Возможность применять специальные знания	1	2	3	4	5
4. Психологический климат в коллективе	1	2	3	4	5
5. Система оплаты труда	1	2	3	4	5
6. Размер заработной платы	1	2	3	4	5
7. Перспективы повышения квалификации	1	2	3	4	5
8. Перспективы должностного роста	1	2	3	4	5

11. Согласны ли Вы с выражением «У нас в отделении...». Отметьте нужные варианты (возможны несколько вариантов ответов):

- a) высокий профессиональный уровень работников;
- b) компетентное руководство;
- c) работник самостоятельно принимает решение в рамках должностных обязанностей;
- d) отсутствует самостоятельность в принятии решений;
- e) низкий профессиональный уровень работников;
- f) слишком большое количество регламентов и инструкций, которые уже не помогают, а препятствуют работе;
- g) некомпетентность непосредственного руководителя (заведующего отделением);
- h) однообразие в работе;
- i) формальное отношение работников к функциональным обязанностям;
- j) затрудняюсь ответить.

12. Ваши предложения по улучшению качества организации и оказания медицинской помощи на базе амбулаторного модуля (пожалуйста, напишите):

В заключении укажите, пожалуйста,

Ваш возраст (число полных лет) _____

Общий стаж работы _____

Стаж работы по специальности _____

Спасибо за оказанную помощь!

**Приложение Б. Анкета для изучения мнения врача, оказывающего
первичную специализированную медико-санитарную помощь психически
больным во внестационарных условиях**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Психиатрическая больница № 13
Департамента здравоохранения города Москвы»**

Уважаемые коллеги!

В целях улучшения качества организации и оказания медицинской помощи просим высказать свое мнение по вопросам, представленным в анкете. Отметьте, пожалуйста, подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов или, при необходимости, допишите. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарны за участие в опросе!

2. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

2. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в подостром состоянии? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

3. По Вашему мнению, на базе каких медицинских организаций должен быть организован амбулаторный модуль для оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами?

- на базе психиатрического стационара;
- на базе психиатрического диспансера;
- на базе городской поликлиники;
- другое (впишите) _____.

4. По Вашему мнению, что является наиболее значимым при лечении пациента в амбулаторном модуле (отметьте 3 наиболее значимых варианта ответа):

- сокращаются сроки лечения;
- психиатрическая симптоматика быстрее редуцируется;
- близость к месту жительства пациента;
- пациент становится более социально адаптированным;
- пациент может получать такой же объем помощи, как и в стационаре;
- лучшая оснащенность медицинским оборудованием;
- использование более современных медицинских технологий;
- снижается число повторных госпитализаций;
- другое (впишите) _____.

5. По Вашему мнению, правильно ли, что отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) организуется на базе дневного стационара в рамках амбулаторного модуля?

- d) Да
- e) Нет
- f) Затрудняюсь ответить

6. Удовлетворены ли Вы наличием преемственности амбулаторного модуля с другими медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь в ОИОПП?

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

7. Как Вы считаете, что изменилось в работе стационара при организации амбулаторного модуля? (возможно несколько вариантов ответа):

- a) уменьшилось число поступлений в стационар в добровольном порядке;
- b) уменьшилось число поступлений больных в стационар в недобровольном порядке;
- c) уменьшилось число повторных госпитализаций в стационар;
- d) уменьшилась нагрузка врача;
- e) у врача появилась возможность уделять больше времени пациенту;
- f) другое(впишите) _____
_____.

В заключении укажите, пожалуйста,

Ваш возраст (число полных лет) _____

Общий стаж работы _____

Стаж работы по специальности _____

Спасибо за оказанную помощь!

Приложение В. Анкета для изучения мнения врача амбулаторного модуля

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»

Уважаемый коллега!

В целях улучшения качества организации и оказания медицинской помощи просим высказать свое мнение по вопросам, представленным в анкете. Отметьте, пожалуйста, подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов или – при необходимости – допишите. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарны за участие в опросе!

1. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения заболевания? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

2. По Вашему мнению, где должны проходить лечение пациенты психиатрического профиля в подостром состоянии? (отметьте знаком «+»)

Наименование нозологической единицы	Стационар	Амбулаторный модуль
Органические психические расстройства, включая симптоматические F0X		
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F1X		
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства F2X		
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F3X		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4X		
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями F5X		
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F6X		
Умственная отсталость F7X		
Нарушения психологического (психического) развития F8X		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте F9X, F99		
Другое		

3. По Вашему мнению, на базе каких медицинских организаций должен быть организован амбулаторный модуль для оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами?

- на базе психиатрического стационара;
- на базе психиатрического диспансера;
- на базе городской поликлиники;
- другое (впишите) _____.

4. По Вашему мнению, что является наиболее значимым при прохождении лечения пациентом в амбулаторном модуле (отметьте 3 наиболее значимых варианта ответа):

- сокращаются сроки лечения;
 - психиатрическая симптоматика быстрее редуцируется;
 - близость к месту жительства пациента;
 - пациент становится более социально адаптированным;
 - пациент может получать такой же объем помощи, как и в стационаре;
 - лучшая оснащенность медицинским оборудованием;
 - использование более современных медицинских технологий;
 - врач уделяет больше внимания больным, чем при лечении в стационаре
- другое(впишите)_____

5. По Вашему мнению, правильно ли, что ОИОПП (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи) организуется на базе дневного стационара в рамках амбулаторного модуля (правильный ответ подчеркните):

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

6. Какие преимущества пребывания пациента в ОИОПП (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи) Вы можете отметить? (отметить 2-3 пункта):

- пребывание во внебольничных условиях;
 - снижение стигматизации;
 - близость к социально-общественной жизни;
 - меньшая психическая травматизация;
- другое(впишите)_____

7. Удовлетворены ли Вы качеством организации работы в амбулаторном модуле? (обведите в кружок нужный балл)

Критерии для оценки	Баллы				
	1	2	3	4	5
Организация работы регистратуры	1	2	3	4	5
Организация работы физиотерапевтического кабинета	1	2	3	4	5
Организация работы кабинета психолога	1	2	3	4	5
Организация работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП)	1	2	3	4	5
Организация работы медико-реабилитационного отделения (МРО)	1	2	3	4	5
Организация работы кабинета участковой амбулаторной помощи	1	2	3	4	5

8. Оцените по 5-балльной шкале Вашу удовлетворенность нижеперечисленными факторами при работе в амбулаторном модуле (от 1 – совершенно не удовлетворены работой до 5 – полностью удовлетворены работой):

Вариант ответа	Баллы				
1. Объемом работы	1	2	3	4	5
2. Организацией работы	1	2	3	4	5
3. Возможностью применять специальные знания	1	2	3	4	5
4. Психологическим климатом в коллективе	1	2	3	4	5

9. Согласны ли Вы с выражением «У нас в отделении...». Отметьте нужные варианты (возможны несколько вариантов ответов):

- высокий профессиональный уровень работников;
- компетентное руководство;
- работник самостоятельно принимает решение в рамках должностных обязанностей;
- отсутствует самостоятельность в принятии решений;
- низкий профессиональный уровень работников;
- слишком большое количество регламентов и инструкций, которые уже не помогают, а препятствуют работе;
- некомпетентность непосредственного руководителя (заведующего отделением);
- однообразие в работе;
- формальное отношение работников к функциональным обязанностям;
- затрудняюсь ответить.

Укажите Ваш пол, возраст, специальность, стаж работы по специальности

Спасибо за оказанную помощь!

**Приложение Г. Анкета для изучения мнения пациента диспансерного
отделения (дневного стационара)**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Психиатрическая больница № 13
Департамента здравоохранения города Москвы»**

Уважаемый пациент!

В целях улучшения качества организации медицинской помощи в диспансерном отделении (дневной стационар), просим высказать свое мнение по вопросам, представленным в анкете. Отметьте, пожалуйста, подходящие на Ваш взгляд варианты ответов или, при необходимости, допишите. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарны за участие в анкетировании!

1. Укажите Ваш возраст (число полных лет): _____.

2. Как часто в течение последних 3 лет Вы обращались за медицинской психиатрической помощью? (отметьте знаком «+»)
 - не обращался никогда
 - 1-2 раза в год
 - больше 5 раз в год
 - ежемесячно
 - другое (впишите) _____.

3. Обычно Вы проходите курс лечения: (отметьте знаком «+»)
 - в диспансере
 - в стационаре
 - другое (впишите) _____.

4. Лечились ли Вы ранее в психиатрическом стационаре?
 - да
 - нет

5. Отмечаете ли Вы различие между медицинской помощью, оказанной Вам в стационаре и дневном стационаре? (возможны несколько вариантов ответов)
 - да
 - нет
 - затрудняюсь ответить

Если отмечаете, то укажите какие:

- высококвалифицированные врачи
- современное оборудование
- положительные результаты лечения достигались в более короткие сроки
- пребывание во внебольничных условиях
- близость к социально-общественной жизни
- меньшая психическая травматизация
- другое

6. Ваш социальный статус:
- служащий (рабочий) государственного учреждения
 - служащий (рабочий) негосударственного учреждения
 - учащийся (студент)
 - неработающий пенсионер
 - работающий пенсионер
 - временно не работающий
 - ограничен(а) в трудоспособности
 - прочее _____.
7. Удовлетворены ли Вы расположением кабинетов в дневном стационаре?
- да
 - нет
 - затрудняюсь ответить
8. Сколько времени уходит у Вас на дорогу до диспансера?
- до 30 минут пешеходной доступности
 - до 30 минут транспортом
 - от 30 минут до 1 часа транспортом
 - более 1 часа транспортом
9. Сократилось ли время пребывания в диспансере в связи с открытием амбулаторного модуля?
- да, сократилось более чем в половину
 - да, сократилось незначительно
 - нет, не сократилось
 - увеличилось
10. Удовлетворены ли Вы результатами медицинского обслуживания в дневном стационаре диспансерного отделения?
- да
 - нет
 - не в полной мере
11. Удовлетворены ли Вы комфортностью условий пребывания в дневном стационаре?
- да
 - нет
 - не в полной мере
12. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врача-психиатра (доброжелательность, вежливость):
- да
 - нет
 - не в полной мере
13. Что для Вас является наиболее важным при получении медицинской помощи в дневном стационаре? (укажите несколько вариантов ответов):
- улучшение состояния здоровья
 - наличие современного медицинского оборудования
 - своевременность оказания медицинской помощи или отсутствие длительного ожидания при получении медицинской помощи
 - близость расположения медицинского учреждения
 - внимательное отношение медицинского персонала

14. Нужна ли Вам информация об объеме медицинских услуг, оказываемых специалистами дневного стационара?

- да, интересуюсь всем объемом услуг, оказываемых в дневном стационаре
- да, медицинскими возможностями по моему заболеванию
- не интересуюсь

15. Используете ли Вы электронные (иные) сервисы для взаимодействия с врачами дневного стационара?

- да
- нет

16. Вы рекомендовали бы данное медицинское подразделение (дневной стационар) для оказания медицинской помощи другим пациентам?

- да
- нет

17. Удовлетворены ли Вы следующими параметрами работы врача-психиатра дневного стационара? (возможны несколько вариантов ответов)

- достаточность времени, уделяемого Вам врачом
- внимательное отношение врача к Вашим вопросам и беспокойствам
- вежливость, дружелюбие врача
- профессиональные навыки врача
- понятность рекомендаций, которые дал врач

18. Изменилась ли за последний год комфортность пребывания в дневном стационаре (наличие мягких диванов, кулеров, другое)?

- да
- нет

19. Направлял ли Вас врач-психиатр на лечение в медико-реабилитационное отделение (МРО)?

- да
- нет

20. Удовлетворены ли Вы качеством работы медико-реабилитационного отделения?

- да
- нет

21. Ваши замечания и предложения по улучшению качества организации и оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

Большое спасибо за ответы!

**Приложение Д. Анкета для изучения мнения родственника пациента
диспансерного отделения (дневного стационара)**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Психиатрическая больница № 13
Департамента здравоохранения города Москвы»**

Уважаемые родственники пациента!

В целях улучшения качества организации медицинской помощи в диспансерном отделении (дневной стационар), просим высказать свое мнение по вопросам, представленным в анкете. Отметьте, пожалуйста, подходящие на Ваш взгляд варианты ответов или, при необходимости, допишите. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарны за участие в анкетировании!

1. Укажите возраст пациента (число полных лет): _____.

2. Социальный статус пациента:

- служащий (рабочий) государственного учреждения
- служащий (рабочий) негосударственного учреждения
- учащийся (студент)
- неработающий пенсионер
- работающий пенсионер
- временно не работающий
- ограничен(а) в трудоспособности
- прочее _____

3. Как часто в течение последних трех лет пациент обращался за медицинской психиатрической помощью? (отметьте знаком «+»)

- обратился впервые
- 1-2 раза в год
- 3-4 раза в год
- 5 раз и более

4. Обычно пациент проходит курс лечения: (отметьте знаком «+»)

- в диспансере
- в стационаре
- другое (впишите) _____

5. Лечился ли пациент ранее в дневном стационаре на базе психиатрического диспансера?

- да
- нет

6. Сколько времени уходит у пациента на дорогу до диспансера?

- до 30 минут пешеходной доступности
- до 30 минут транспортом
- от 30 минут до 1 часа транспортом
- более 1 часа транспортом

7. По Вашему мнению, что для пациента является наиболее важным при получении медицинской помощи в дневном стационаре? (укажите не более 3 вариантов ответов):

- достижение положительных результатов лечения в более короткие сроки, чем в стационаре;
- наличие современного медицинского оборудования
- своевременность оказания медицинской помощи или отсутствие длительного ожидания при получении медицинской помощи
- близость расположения медицинского учреждения
- внимательное отношение медицинского персонала

- высококвалифицированные врачи
- меньшая, чем в стационаре психическая травматизация;
- высокий уровень сервисных услуг;
- близость к социально-общественной жизни;
- другое (впишите) _____

8. Удовлетворены ли Вы расположением кабинетов в дневном стационаре?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

9. Удовлетворены ли Вы комфортностью условий пребывания в дневном стационаре?

- да
- нет
- не в полной мере

10. Нужна ли Вам информация об объеме медицинских услуг, оказываемых специалистами дневного стационара?

- да, интересуюсь всем объемом услуг, оказываемых в дневном стационаре
- да, интересуюсь медицинскими возможностями только по заболеванию родственника
- нет, не интересуюсь

11. Удовлетворены ли Вы следующими параметрами работы врача-психиатра дневного стационара? (возможны несколько вариантов ответов)

- достаточность времени, уделяемого врачом пациенту
- внимательное отношение врача к вопросам и беспокойствам пациента
- вежливость, дружелюбие врача
- профессиональные навыки врача
- понятность рекомендаций, которые дал врач

12. Направлял врач-психиатр пациента на лечение в медико-реабилитационное отделение (МРО)?

- да
- нет

13. Если пациент проходил медицинскую реабилитацию, то удовлетворены ли Вы качеством работы медико-реабилитационного отделения?

- да
- нет

14. Удовлетворен ли Вы результатами медицинского обслуживания в дневном стационаре диспансерного отделения?

- да
- нет
- не в полной мере

15. Ваши замечания и предложения по улучшению качества организации и оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

Большое спасибо за ответы!

Приложение Е. Карта госпитализированного на психиатрическую койку

Дата _____

Наименование учреждения _____

Ф.И.О. госпитализированного _____

1. Возраст _____

2. Пол _____

3. Место жительства _____

4. Цель госпитализации _____

5. Диагноз _____

6. Срок лечения (число дней) _____

Экспертная оценка

7. Госпитализация

7.1. показана

7.2. не показана

В случае необоснованности госпитализации (п. 7.2.) указать рекомендуемый для данного госпитализированного тип медицинской организации по интенсивности лечения и ухода:

8. Тип организации _____

Ориентировочный срок

пребывания

8.1. дневной стационар _____

8.2. амбулаторная участковая служба _____

8.3. стационар на дому _____

8.4. соматический стационар _____

8.5. неврологический стационар _____

8.6. другое (указать) _____

Инструкция по заполнению карты

Данные карты заполняются на каждый 10-й случай стационарного лечения, в течение времени проведения исследования. Пункты 1–6 карты госпитализированного заполняются медицинской сестрой стационара. Заполнять карты необходимо четко, разборчиво и обязательно чернилами.

В пунктах карт, которые имеют свой порядковый номер, слева от каждого признака указаны цифры. При заполнении пункта следует обвести кружком цифру, соответствующую тому или иному признаку.

В тех пунктах, где признаки не перечисляются (пол, возраст, диагноз, цель госпитализации, срок лечения), следует вписать требуемые данные.

Экспертную оценку проводят заведующие отделениями, высококвалифицированные врачи, организаторы здравоохранения.

Задача экспертов заключается в определении обоснованности госпитализации на профильные психиатрические койки в данный стационар, а также в рекомендации оказания медицинской помощи больному в иных типах медицинских организаций, если госпитализация необоснованная. При этом учитывается в первую очередь состояние больного, характер и сложность заболевания, по поводу которого больной обратился за медицинской помощью.

Врачи-эксперты в своих рекомендациях не должны ограничиваться существующим развитием психиатрической службы. Эксперты должны указывать необходимую для данного больного организационную форму оказания психиатрической помощи и в том случае, если в настоящее время пациент не имеет возможности лечиться в иных медицинских структурах.

**Приложение Ж. Карта экспертной оценки значимости показателей
эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих
медицинскую помощь психически больным**

Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значимость показателя (индикатора) %
1. Число лиц с психическими заболеваниями, получивших лечение в данном году	%	
2. Число посещений врача-психиатра на 1 жителя в год	посещение	
3. Отношение посещений врачей психиатров к общему числу посещений врачами специалистами	%	
4. Число посещений на 1 занятую должность врача-психиатра в год (функция врачебной должности)	посещение	
5. Число посещений врача-психиатра на дому	посещение	
6. Соотношение фактического и нормативного числа посещений (амбулаторная служба) в смену	%	
7. Число посещений к среднему медперсоналу (амбулаторная служба) на 1 жителя в год	посещение	
8. Среднее число медицинских услуг на 1 посещение (амбулаторно, в ДС)	мед.услуга	
9. Число лабораторных анализов на 100 посещений в амбулаторной службе, ДС	%	
10. Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете ДС, на 100 больных, закончивших лечение	%	
11. Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений в амбулаторной службе	%	
12. Число исследований, проведенных в кабинете функциональной диагностики, на 100 посещений в амбулаторной службе	%	
13. Число процедур в кабинете ЛФК на 100 больных, закончивших лечение в амбулаторных условиях	%	
14. Число услуг (исследований, процедур) на 100 законченных случаев лечения амбулаторно: – всего, в том числе: – лаборатория –Rg – УЗИ	%	
15. Число мест в дневном стационаре	%	

16. Число пролеченных в дневном стационаре	%	
17. Среднее число пациенто-дней лечения в дневном стационаре на 1 прикрепленного жителя	%	
18. Средняя занятость койки в году в дневном стационаре	день	
19. Количество выписанных лекарственных препаратов льготного лекарственного обеспечения на 1-го пациента (амбулаторная служба)	препарат	
20. Число психически больных старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно	%	
21. Структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения	%	
22. Смертность прикрепленного населения в амбулаторных условиях		
23. Смертность прикрепленного населения в трудоспособном возрасте		
24. Удельный вес первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста	%	
25. Число больных, получивших лечение амбулаторно, на догоспитальном этапе (ДС, ОИОПП, МРО)	больной	
26. Число вызовов скорой медицинской и неотложной психиатрической помощи на 1 человека в год	вызов	
27. Процент расхождения диагнозов стационарозамещающей помощи и стационара	%	
28. Частота направлений на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в общем числе направленных в психиатрический стационар	%	
29. Число вызовов ПОНП на 1 человека в год	%	
30. Доля несвоевременно выявленных случаев психических заболеваний среди всех вновь выявленных больных психиатрического профиля	%	
31. Удельный вес больных с впервые установленным диагнозом «Расстройство настроения» среди всех вновь выявленных больных психическими расстройствами	%	
32. Доля несвоевременно выявленных случаев шизофрении среди всех вновь выявленных больных шизофренией	%	

33. Удельный вес больных шизофренией, умерших до года наблюдения среди всех впервые выявленных психически больных	%	
34. Полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях	%	
35. Своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях	%	
36. Своевременность охвата психиатрической помощью в АПМ	%	
37. Процент снятых с диспансерного учета в связи с улучшением психического состояния	%	
38. Процент снятых с диспансерного учета в связи со смертью	%	
39. Удельный вес больных, состоящих под диспансерным наблюдением и не наблюдавшихся у врача-психиатра в течение года		
40. Доля выявленных дефектов при экспертизе качества медицинской помощи (амбулаторная служба)	%	
41. Процент случаев с несоблюдением стандартов оказания медицинской помощи (амбулаторная служба)	%	
42. Коэффициент финансовых затрат (отношение фактической суммы расходов к утвержденной нормативно)	%	
43. Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы, % от количества проведенных медико-экономических экспертиз	%	
44. Доля посещений по заболеваниям, в состоянии обострения от общего числа посещений, % от всех посещений	%	
45. Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения		
46. Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь – отдельно в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях), которым проводились психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия	%	
47. Первичная заболеваемость психическими болезнями прикрепленного населения	%	
48. Первичная заболеваемость прикрепленного населения шизофренией	%	
49. Первичная заболеваемость прикрепленного населения расстройствами настроения	%	

50. Первичная заболеваемость прикрепленного населения расстройствами личности	%	
51. Процент охвата профилактическими осмотрами всех контингентов психиатрического профиля, подлежащих осмотрам	%	
52. Первичная заболеваемость прикрепленного населения психическими расстройствами непсихотического характера	%	
53. Первичная заболеваемость прикрепленного населения с умственной отсталостью	%	
54. Первичная заболеваемость прикрепленного населения психозами и состоянием слабоумия	%	
55. Процент охвата прикрепленного населения осмотрами в целях выявления шизофрении	%	
56. Процент охвата прикрепленного населения обследованиями с умственной отсталостью	%	
57. Процент охвата прикрепленного населения обследованиями с деменцией	%	
58. Процент выполнения плана профилактических осмотров	%	
59. Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах	%	
60. Выявлено новых случаев психических заболеваний (по нозологии)	%	
61. Удельный вес первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста	%	
62. Охват диспансерным методом ведения больных хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете по психическому заболеванию	%	
63. Охват больных, страдающих психическими расстройствами, психотерапией в амбулаторных условиях	%	
64. Удельный вес инвалидов по психическому заболеванию, направленных медицинскими организациями по показаниям на санаторно-курортное лечение	%	
65. Укомплектованность врачами-психиатрами	%	
66. Доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи амбулаторно	%	
67. Частота обоснованных жалоб пациентов в амбулаторном звене	%	
68. Средние сроки ожидания гражданами медицинской специализированной помощи в амбулаторной службе, ДС		

69. Число пролеченных в АПМ на 1000 населения	‰	
70. Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения	%	
71. Охват больных, страдающих психическими расстройствами психотерапией в АПМ	%	
72. Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь в условиях АПМ, на базе МРО), которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия	%	
73. Среднее число пациенто-дней лечения в дневном стационаре на 1 прикрепленного жителя	пациенто-день	
74. Средняя занятость мест в году в дневном стационаре	день	
75. Процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ	%	
76. Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах (на 1000 осмотренных)	‰	

Приложение И. Показатели (индикаторы) для оценки качества и результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую ПМСП помощь населению на различных уровнях управления

Таблица И.1 - Показатели (индикаторы) для оценки качества и результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую ПМСП помощь населению на различных уровнях управления

Показатель (индикатор)	Единица измерения	Используется на уровне			
		Департамент здравоохранения	Медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь	Амбулаторный психиатрический модуль	Подразделения амбулаторного психиатрического модуля
1. Число лиц с психическими заболеваниями, получивших лечение в данном году	%	+	+		
2. Число посещений врача-психиатра на 1 жителя в год	посещение	+	+		
3. Отношение посещений врачей психиатров к общему числу посещений врачами специалистами	%	+			
4. Число посещений на 1 занятую должность врача-психиатра в год (функция врачебной должности)	посещение	+	+		
5. Число посещений врача-психиатра на дому	посещение		+		
6. Соотношение фактического и нормативного числа посещений (амбулаторная служба) в смену	%		+		
7. Число посещений к среднему медперсоналу (амбулаторная служба) на 1 жителя в год	посещение		+		
8. Среднее число медицинских услуг на 1 посещение (амбулаторно, в ДС)	мед.услуга		+		
9. Число лабораторных анализов на 100 посещений в амбулаторной службе, ДС	%		+	+	+
10. Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете ДС, на 100 больных, закончивших лечение	%		+	+	+
11. Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений в амбулаторной службе	%		+	+	+

12. Число исследований, проведенных в кабинете функциональной диагностики, на 100 посещений в амбулаторной службе	%		+	+	+
13. Число процедур в кабинете ЛФК на 100 больных, закончивших лечение в амбулаторных условиях	%		+	+	+
14. Число услуг (исследований, процедур) на 100 законченных случаев лечения амбулаторно: – всего, в том числе: – лаборатория –Rg – УЗИ	%		+		+
15. Число мест в дневном стационаре	%		+	+	
16. Число пролеченных в дневном стационаре	%		+	+	
17. Среднее число пациенто-дней лечения в дневном стационаре на 1 прикрепленного жителя	%		+		
18. Средняя занятость койки в году в дневном стационаре	день		+		
19. Количество выписанных лекарственных препаратов льготного лекарственного обеспечения на 1-го пациента (амбулаторная служба)	препарат		+		
20. Число психически больных старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно	%		+		
21. Структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения	%		+		
22. Смертность прикрепленного населения в амбулаторных условиях		+	+		
23. Смертность прикрепленного населения в трудоспособном возрасте		+	+		
24. Удельный вес первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста	%	+	+		
25. Число больных, получивших лечение амбулаторно, на догоспитальном этапе (ДС, ОИОПП, МРО)	больной		+	+	+

26. Число вызовов скорой медицинской и неотложной психиатрической помощи на 1 человека в год	вызов	+	+		
27. Процент расхождения диагнозов стационарозамещающей помощи и стационара	%	+	+		
28. Частота направлений на плановую госпитализацию больных без предварительного обследования либо обследованных не в полном объеме в общем числе направленных в психиатрический стационар	%		+		
29. Число вызовов ПОНП на 1 человека в год	%		+		
30. Доля несвоевременно выявленных случаев психических заболеваний среди всех вновь выявленных больных психиатрического профиля	%		+		
31. Удельный вес больных с впервые установленным диагнозом «Расстройство настроения» среди всех вновь выявленных больных психическими расстройствами	%		+		+
32. Доля несвоевременно выявленных случаев шизофрении среди всех вновь выявленных больных шизофренией	%		+		
33. Удельный вес больных шизофренией, умерших до года наблюдения среди всех впервые выявленных психически больных	%		+		
34. Полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях	%	+	+		+
35. Своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях	%	+	+		+
36. Своевременность охвата психиатрической помощью в АПМ	%			+	
37. Процент снятых с диспансерного учета в связи с улучшением психического состояния	%	+	+		
38. Процент снятых с диспансерного учета в связи со смертью	%	+	+		

39. Удельный вес больных, состоящих под диспансерным наблюдением и не наблюдавшихся у врача-психиатра в течение года			+		
40. Доля выявленных дефектов при экспертизе качества медицинской помощи (амбулаторная служба)	%	+	+		
41. Процент случаев с несоблюдением стандартов оказания медицинской помощи (амбулаторная служба)	%	+	+		
42. Коэффициент финансовых затрат (отношение фактической суммы расходов к утвержденной нормативно)	%	+	+		
43. Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы, % от количества проведенных медико-экономических экспертиз	%	+	+		
44. Доля посещений по заболеваниям, в состоянии обострения от общего числа посещений, % от всех посещений	%		+		
45. Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения			+	+	
46. Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь – отдельно в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях), которым проводились психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия	%		+	+	+
47. Первичная заболеваемость психическими болезнями прикрепленного населения	%	+	+		
48. Первичная заболеваемость прикрепленного населения шизофренией	%	+	+		
49. Первичная заболеваемость прикрепленного населения расстройствами настроения	%	+	+		
50. Первичная заболеваемость прикрепленного населения расстройствами личности	%	+	+		

51. Процент охвата профилактическими осмотрами всех контингентов психиатрического профиля, подлежащих осмотрам	%	+	+		
52. Первичная заболеваемость прикрепленного населения психическими расстройствами непсихотического характера	%	+	+		
53. Первичная заболеваемость прикрепленного населения с умственной отсталостью	%	+	+		
54. Первичная заболеваемость прикрепленного населения психозами и состоянием слабоумия	%	+	+		
55. Процент охвата прикрепленного населения осмотрами в целях выявления шизофрении	%		+		
56. Процент охвата прикрепленного населения обследованиями с умственной отсталостью	%		+		
57. Процент охвата прикрепленного населения обследованиями с деменцией	%		+		
58. Процент выполнения плана профилактических осмотров	%		+		
59. Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах	%	+	+		
60. Выявлено новых случаев психических заболеваний (по нозологии)	%	+	+		
61. Удельный вес первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста	%	+	+		
62. Охват диспансерным методом ведения больных хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете по психическому заболеванию	%		+		
63. Охват больных, страдающих психическими расстройствами, психотерапией в амбулаторных условиях	%		+		

64. Удельный вес инвалидов по психическому заболеванию, направленных медицинскими организациями по показаниям на санаторно-курортное лечение	%	+	+		
65. Укомплектованность врачами-психиатрами	%	+	+		
66. Доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи амбулаторно	%	+	+	+	+
67. Частота обоснованных жалоб пациентов в амбулаторном звене	%	+	+	+	+
68. Средние сроки ожидания гражданами медицинской специализированной помощи в амбулаторной службе, ДС		+	+		
69. Число пролеченных в АПМ на 1000 населения	‰			+	
70. Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения	%			+	
71. Охват больных, страдающих психическими расстройствами психотерапией в АПМ	%			+	
72. Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь в условиях АПМ, на базе МРО), которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия	%			+	
73. Среднее число пациенто-дней лечения в дневном стационаре на 1 прикрепленного жителя	пациенто-день			+	
74. Средняя занятость мест в году в дневном стационаре	день			+	
75. Процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ	%			+	
76. Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах (на 1000 осматриваемых)	‰			+	