

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Протокол № 01 от 21.01.2016

Н.В. Семенова

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2016

УДК: 616.89–07–08614.2
ББК 56.14

Обеспечение качества психиатрической помощи: учебно-методическое пособие / автор-сост.: Н.В. Семенова. – СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2016. – 50 с.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

Автор-составитель: руководитель научно-организационного отделения СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, д.м.н. Семенова Н.В.

Под редакцией директора СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, д.м.н., профессора Незнанова Н.Г.

Рецензент: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии СПбГУ, д.м.н., профессор Петрова Н.Н.

В пособии отражены современные представления о качестве медицинской помощи, ее составляющих и методах оценки. Подробно рассматриваются проблемы обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах в условиях модернизации отечественного здравоохранения и дезинституционализации психиатрии. Представлена многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению с интеграцией отдельных видов психиатрической помощи в медицинскую сеть, дана характеристика контингентов пациентов различных уровней, медицинских учреждений, оказывающих помощь, и медико-реабилитационных мероприятий. Подробно рассмотрено содержание мероприятий, направленных на обеспечение качества структуры, процесса и результата психиатрической помощи.

В пособии приведены перечни основной и дополнительной литературы, тестовые задания и ситуационные задачи. Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемых вопросов, организовать и конкретизировать учебный процесс.

Учебно-методическое пособие «Современная организация психиатрической помощи в России» подготовлено в соответствии с «Типовой программой» для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования, врачей-интернов, ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальности психиатрия (140018), психотерапия (????) и психиатрия-наркология (140045)

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2016.

Введение

Удовлетворение потребности граждан Российской Федерации в квалифицированной медицинской помощи является одной из приоритетных задач государственной политики последних лет, а повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения – главной целью модернизации российского здравоохранения.

Увеличение доступности и улучшение качества медицинской помощи населению определены как основные цели модернизации здравоохранения в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию. Актуальность решения данных проблем обусловлена сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамикой показателей общественного здоровья населения России и ухудшением ресурсного обеспечения здравоохранения страны. Несмотря на то что каждым из участников действующей в России системы контроля качества ежегодно проводится значительный объем работы, до настоящего времени не удастся обеспечить декларируемое надлежащее качество оказываемой гражданам бесплатной медицинской помощи.

Следует отметить, что система контроля качества медицинской помощи – вообще одна из самых проблемных сфер в здравоохранении. Трудности, с которыми приходится сталкиваться и на российском, и на мировом уровне, заключаются в отсутствии единого подхода к обеспечению качества медицинской помощи в различных субъектах, к методам контроля, учета и оценки результатов экспертных проверок, различиях в толковании отдельных терминов и понятий. Различные определения понятия «качество медицинской помощи» отражают неоднозначность понимания отдельными исследователями сути данной категории и области ее применения, что в свою очередь обусловлено двумя факторами.

Во-первых, это связано с исключительной сложностью и многоплановостью понятий «медицинская помощь» и «качество медицинской помощи». «Медицинская помощь» является, прежде всего, конституционной категорией и

закреплена в ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». «Качество медицинской помощи» в современном понимании – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Так, качество медицинской помощи, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, качество медицинской помощи, оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях или в целом по стране, – другую.

В соответствии с этим цели и методы измерения качества медицинской помощи в этих случаях могут не совпадать. Неоднозначны подходы к оценке качества со стороны различных субъектов медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельности своих коллег с одних позиций, больные – с других, страховщики – с третьих и т. д.

Во-вторых, изменяются требования к уровню медицинской помощи. Появляются новые возможности и области применения показателей качества по мере развития общества и медицинских технологий. Это побуждает исследователей искать новые подходы к оценке качества медицинской помощи с использованием системы понятий, каждое из которых раскрывало бы ту или иную сторону общего явления применительно к конкретным условиям, а все вместе – создавали бы достаточно четкую и полную картину качества медицинской помощи.

Целью настоящего учебно-методического пособия является систематизация знаний о сравнительно новом направлении развития отечественного здравоохранения, связанном с обеспечением качества оказываемой населению медицинской помощи, применительно к деятельности психиатрической службы. В пособии отражены современные представления о качестве медицинской помощи, ее составляющих и методах оценки. Подробно рассматриваются проблемы обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах в условиях модернизации отечественного здравоохранения и дезинституциона-

лизации психиатрии. Представлена многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению с интеграцией отдельных видов психиатрической помощи в медицинскую сеть, дана характеристика контингентов пациентов различных уровней, медицинских учреждений, оказывающих помощь, и медико-реабилитационных мероприятий. Подробно рассмотрено содержание мероприятий, направленных на обеспечение качества структуры, процесса и результата психиатрической помощи.

Основная задача пособия – формирование у обучающихся необходимых теоретических знаний для решения практических задач в профессиональной деятельности. Пособие предназначено для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования, врачей-интернов, ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальности психиатрия (060201), психотерапия (????) и психиатрия-наркология (????).

1. Понятие качества медицинской помощи

Под *качеством медицинской помощи* (КМП) обычно понимается совокупность множества характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии, иными словами, *качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.*

Качество медицинской помощи является достаточно сложным и многофакторным явлением, лежащим на стыке интересов государства и населения, органов управления здравоохранением и медицинских организаций, администрации лечебных учреждений и медицинских работников, врачей и пациентов. Говоря о качестве медицинской помощи, следует иметь в виду, с одной стороны, уровень потребности населения в доступной, бесплатной, квалифицированной помощи, с другой – реальные возможности здравоохранения, обусловленные определенным состоянием материально-технической базы, технологическим уровнем оказания помощи, кадровым потенциалом, степенью подготовки специалистов. Для успешного оказания медицинской услуги все возможные ее разновидности должны иметь эффективные виды обеспечения: медицинское, кадровое, организационное, техническое, информационное, финансовое и правовое. Все перечисленные составляющие имеют сложную взаимосвязь и образуют единую систему качества.

Качество медицинской помощи рассматривается с позиций ее доступности, безопасности, оптимальности и оценивается по трем направлениям, получившим название «триада Донабедиана» – качество структуры, качество процесса и качество результата. Все три составляющие можно представить в виде «треугольника качества» медицинской помощи (рис. 1).

Структурное качество – это условия оказания медицинской услуги: организация медицинского обслуживания, состав и квалификация кадров, состав и состояние материально-технической базы и оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение, наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования имеющихся ресурсов и т. д.

Качество процесса – это компонент качества медицинской услуги, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. К качеству процесса относят, в том числе, информационное и медико-техническое обслуживание (медико-технический сервис).

Качество результата – это компонент качества медицинской услуги, описывающий отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми). Необходимо рассматривать все отмеченные элементы в их взаимосвязи, так как только такой системный подход предоставляет наибольшие возможности при оптимизации управления ЛПУ.



Рис. 1. Структура, процесс и результат – элементы качества медицинской помощи

Восприятие населением КМП зависит не только от результативности лечения, но и от отношения к лечебно-диагностическому процессу персонала лечебного учреждения, причем не только врачей, но и младшего медицинского персонала, обслуживающего персонала, администрации. От культуры общения с пациентами, общей атмосферы в коллективе может зависеть как оценка пациентом уровня собственной удовлетворенности оказанными медицинскими услугами, так и частота обращения в данное учреждение.

В последнее десятилетие в ряде медицинских учреждений РФ создают и применяют систему менеджмента качества, основанную на элементах требований ГОСТа Р ИСО 9001-2001. Модель системы менеджмента качества, основанная на процессном подходе (рис. 2), иллюстрирует связи между процессами. На схеме показано, что потребители играют существенную роль при определении входных данных. Мониторинг удовлетворенности потребителей требует оценки информации о восприятии потребителями выполнения их требований.

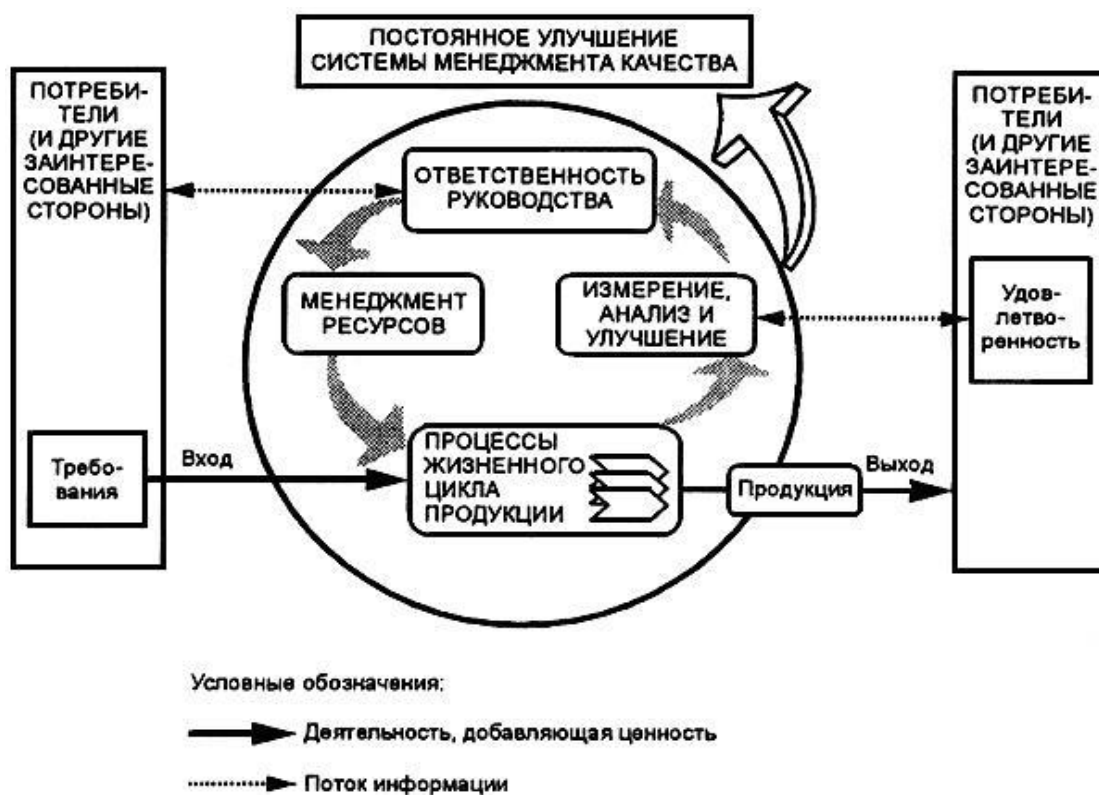


Рис. 2. Модель системы менеджмента качества, основанной на процессном подходе

В этой модели главными критериями эффективности системы менеджмента качества служат: отзывы потребителей (пациентов) о качестве медицинской помощи, отсутствие жалоб, уровень затрат на устранение недовольства от полученной медицинской услуги или отступлений от медико-экономических стандартов, внедрение новых технологий при оказании медицинской помощи.

2. Проблемы обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах

По определению Всемирной организации здравоохранения (WHO, 1996), психическое здоровье – комплексное понятие, которое обусловлено множеством факторов (социальных, биологических, психологических и др.). Психическое здоровье имеет стратегическое значение с учетом его влияния на общенациональное и личное благосостояние, социальную интеграцию человека, занятость, физическое здоровье, на развитие производительных сил и производственных отношений.

Система оказания специализированной психиатрической помощи в Российской Федерации сохраняет госпитальную направленность. Высокая обеспеченность койками (10,2 на 10 тыс. населения в 2012 г.)¹ сопровождается неравномерным распределением сети и ее чрезмерной централизацией. Происходит доминирование изоляционных, биологических подходов в отечественной психиатрической практике, а дефицит биопсихосоциальных форм помощи ведет к малодоступности внестационарных технологий, что затрудняет ресоциализацию пользователей психиатрических услуг.

Российская психиатрическая система оказания помощи по разным историко-культуральным причинам является преимущественно государственной системой, оказывающей помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Пациенты с более легкими расстройствами получают помощь в специа-

¹ В Европе в 2012 г. – 9,3 на 10 тысяч населения.

лизированных учреждениях (клиники неврозов, психосоматические отделения, психотерапевтические центры) и коммерческих центрах. Разнообразие форм организации психиатрической помощи приводит к разным уровням ее оказания и сказывается на качестве получаемой в итоге услуге.

Проблема обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах в последние годы становится чрезвычайно актуальной в связи с неудовлетворенностью как больных, так и общества качеством этой помощи. Среди причин такого положения дел отмечаются недостаточное финансирование психиатрических служб, нарушения прав больных, неудовлетворительные взаимоотношения медицинского персонала и потребителей помощи. Поэтому во всех развитых странах и правительственные, и общественные организации, имеющие отношение к политике в области психиатрии, придают все большее значение развитию теоретических положений и принятию практических мер по обеспечению качества психиатрической помощи.

В последние десятилетия отдел психиатрии ВОЗ сформулировал теоретическую концепцию по данной проблеме. С конца 70-х годов прошлого столетия этот вопрос разрабатывался и Американской психиатрической ассоциацией (АПА). В рамках АПА был создан специальный комитет по обеспечению качества в психиатрии, основной задачей которого являлась разработка теоретических и практических подходов в этом направлении. В таких странах, как Канада и Австралия, были созданы национальные комитеты по качеству и изданы соответствующие руководства по его обеспечению и контролю. В Германии с 1989 года критерии обеспечения качества в психиатрии были отнесены к приоритетному направлению в здравоохранении и определены законодательно. Этой проблемой активно занимались и многие отечественные специалисты.

В практической деятельности учреждений здравоохранения многих стран мира в последние десятилетия разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации качества. Россия не осталась в стороне от процессов стандартизации медицинской помощи, набирающих темпы за рубежом. Со времени введения Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» начала

разрабатываться система расчетов с медицинскими учреждениями по критериям DRG (diagnosis-related groups – диагностически-связанных групп), которые в России принято было называть клинико-статистическими группами (КСГ).

Опыт мирового здравоохранения показал, что КСГ в качестве измерителя затрат может использоваться как для проспективной (до оказания медицинской помощи) оплаты расходов больниц, что способствует стабилизации и прогнозированию расходов, так и для улучшения планирования и расчетов бюджета медицинской службы. Использование нормативов финансирования по КСГ позволяет обеспечить ресурсами собственно лечебно-диагностический процесс, причем критерием экономической эффективности становился конечный результат – пролеченный больной, по которому и оценивалась обоснованность проведенных затрат. Такие интегральные показатели КСГ, как длительность пребывания в стационаре, обязательность обследования и лечения больных на уровне не ниже предлагаемых стандартов, могли служить критериями качества медицинской помощи. В нашей стране был предложен ряд версий этой системы, в том числе достаточно широко представлены исследования по разработке КСГ в психиатрии.

Значимым инструментом управления качеством является постоянное совершенствование медицинской помощи в психиатрических службах, предусматривающее создание более демократической атмосферы, более широкое участие пациента в процессе оказания помощи, более активную бригадную работу и постоянное повышение стандартов лечения.

В последнее время во многих лечебно-профилактических учреждениях, наряду с показателями работы учреждений, стали шире использоваться экспертные оценки и результаты социологических опросов среди пациентов. Следует отметить, что социологические опросы являются одним из наиболее индикаторных методов оценки качества медицинской помощи. С их помощью изучается мнение пациентов о результатах лечения, отношении к ним персонала медицинских учреждений, необходимости оплачивать лечение, условиях пребывания в учреждениях здравоохранения и т. п.

Крайне важным для оценки качества психиатрической помощи оказалось применение клинико-социологических методов исследования, что позволяло выяснить общественное мнение о психиатрии, определить отношение пациентов и их родственников к психиатрическим учреждениям, установить степень удовлетворенности оказываемой помощью, а также выявить, каковы, с точки зрения респондентов, ее достоинства и недостатки.

Ориентировка на позитивную динамику психопатологической симптоматики как на единственный критерий удовлетворенности лечением является недостаточной. Пациенты сейчас лучше информированы о своих правах и о прогрессе в медицинской науке. В свете перехода с патерналистской модели на партнерскую, традиционные отношения врача и пациента становятся все более похожими на отношения потребителя и поставщика услуг. Пациенты приходят к врачу за советом, критически анализируют его высказывания и принимают затем самостоятельные решения относительно своего лечения, поскольку имеют возможность выбора альтернативных терапевтических стратегий. Собственное видение пациента (потребителя услуг системы здравоохранения) становится центральным в оценке качества реформируемого медицинского обслуживания. Подход, который врач находит к больному, становится, таким образом, важным фактором в привлечении пациента к сфере медицинского обслуживания в условиях конкуренции. Неудовлетворенность больного полученным лечением нельзя игнорировать, даже если она объективно совершенно не обоснована, поскольку это предиктор прекращения последующего обращения больного за медицинской помощью.

Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что она является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного воздействия на комплаенс пациента после выписки, она позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций. Данные о субъективной удовлетворенности больного лечением помогают оценке мероприятий для административного мониторинга лечебного

процесса в медицинском учреждении. Появляется возможность сравнивать между собой популярность отдельных лечебных программ, деятельность отдельных медицинских учреждений и отделений в их структуре, а также работу отдельных врачей по уровню удовлетворенности курируемых ими больных.

3. Современная модель организации психиатрической помощи населению

Начавшийся в середине XX века в Европе процесс деинституционализации психиатрии постепенно набирает обороты и в нашей стране. Суть деинституционализации можно определить как замену длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства. Деинституционализация предполагает трехкомпонентный процесс: 1) перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства; 2) предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление пациентов в различные альтернативные службы; 3) развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля, находящихся вне стационаров.

Деинституционализация психиатрии в России выражается, прежде всего, в сокращении числа стационарных психиатрических учреждений (психиатрических больниц и стационарных отделений при психоневрологических диспансерах) и коечного фонда. Так, в период с 2005 по 2012 год число психиатрических больниц в стране сократилось на 17%, стационарных отделений при психоневрологических диспансерах – на 61%, а количество психиатрических коек уменьшилось почти на 10% и составило в 2012 году чуть менее 150 тысяч. Соответственно, снизилась и обеспеченность населения психиатрическими койками (на 14%), а также уменьшился средний срок стационарного лечения.

Однако сокращение объемов стационарной психиатрической помощи, к сожалению, не сопровождалось соответствующими структурными изменения-

ми в амбулаторном звене. За этот же период времени число психоневрологических диспансеров сократилось на 41%, психоневрологических кабинетов – на 12%, психотерапевтических кабинетов – на 31%, число мест в лечебно-трудовых мастерских – на 38%. Единственной позитивной тенденцией можно считать увеличение количества мест в дневных стационарах (на 8,5%), однако этот прирост явно не в состоянии компенсировать структурные и кадровые «потери», понесенные стационарными и амбулаторными психиатрическими учреждениями нашей страны.

Современные тенденции развития психиатрической помощи в России предполагают переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели, которая включает полипрофессиональный (бригадный) подход, развитие новых методов и форм психосоциальной терапии и реабилитации и интеграцию с первичной медицинской сетью. Целью биопсихосоциального подхода является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента.

В этой связи актуальной представляется модель организации психиатрической помощи, предполагающая внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи городскому и сельскому населению и формирование системы обеспечения качества проводимых лечебных мероприятий.

Многоуровневая модель психиатрической помощи (рис. 3) предусматривает интеграцию отдельных видов психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть, что позволит изменить существующее положение с оказанием психиатрической помощи населению. Так, в настоящее время значительный процент психических расстройств, выявляемых при сплошных обследованиях, не попадает в поле зрения психиатрических учреждений. Это обусловлено тем, что между обществом и психиатрической помощью стоят преграды (фильтры), избирательно проницаемые для лиц с психическими расстройствами. Предлагаемая модель состоит из пяти уровней, каждый из которых соответствует определенному этапу приближения к психиатрической помощи.



Рис. 3. Многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению

Графически модель представлена в виде пирамиды с широким основанием. Мероприятия по психопрофилактике, их диапазон и интенсивность уменьшаются от основания пирамиды к ее вершине, а интенсивность специализированных (психофармакотерапевтических, психотерапевтических, социореабилитационных) психиатрических вмешательств, наоборот, возрастает. По мере приближения к вершине пирамиды происходит и значительное уменьшение численности обслуживаемых контингентов больных и групп населения за счет активного участия первичного звена здравоохранения в психопрофилактике, выявления пациентов с факторами риска развития психических расстройств, диагностики и лечения легких и умеренно выраженных психических расстройств в амбулаторных условиях. В результате на вершине пирамиды (то есть на пятом уровне) сосредоточивается относительно небольшое число пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.

В табл. 1 более подробно представлены характеристика контингентов потребителей медицинской помощи, субъекты, эту помощь оказывающие, и медицинские мероприятия, предусмотренные организационной моделью для каждого из уровней.

Первый уровень обозначает общую популяцию населения без психических расстройств и без специфических факторов риска их развития.

Второй уровень – когорта населения, подверженная риску, и количество людей, которые, вероятно, проконсультируются у врачей общей практики в течение года (260–315 человек на 1000 населения в год).

Третий уровень включает ту часть популяции, у которой будут зафиксированы психические симптомы, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года (185–230 человек на 1000 населения в год). Эти симптомы, как правило, носят непсихотический характер и не ограничивают жизнедеятельность человека.

Четвертый уровень включает тех, кому участковый терапевт (или врач общей практики) поставит диагноз психического расстройства (50–170 человек на 1000 населения в год) и назначит лечение психотропными средствами. Часть этой подгруппы будет направлена к специалистам в сфере психического здоровья в продолжение года (30–33 человека на 1000 населения в год).

Пятый уровень отражает тех пациентов, которые получают специализированную психиатрическую помощь (12–14 человек на 1000 населения в год) в учреждениях психиатрической службы (психоневрологических диспансерах и кабинетах, дневных стационарах, психиатрических больницах и т. п.).

Таблица 1. Многоуровневая модель организации психиатрической помощи: субъекты и мероприятия

Уро- вень	Когорта населения	Степень выраженности психической патологии	Медицинские учреждения, оказывающие помощь	Медико-социальные мероприятия
1 уровень	Общая популяция	Психические расстройства и факторы риска их развития отсутствуют	Центры здоровья, первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей)	Формирование здорового образа жизни, психогигиена, общественная профилактика психических расстройств
2 уровень	Когорта населения с факторами риска развития психических расстройств	Психические расстройства могут отсутствовать, но имеются факторы риска их развития	Центры здоровья, первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках	Общественная и индивидуальная первичная профилактика психических расстройств
3 уровень	Когорта населения с пограничными и начальными (легкими) психическими расстройствами	Легкие (начальные) непсихотические психические расстройства	Первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках, мультидисциплинарные бригады на базе поликлиник и ЦРБ	Психофармакотерапия, психотерапия, вторичная профилактика
4 уровень	Преимущественно пациенты, получающие консультативно-лечебную помощь в ПНД	Умеренно выраженные психические расстройства	Специализированная психиатрическая служба: ПНД, дневные и ночные стационары, психотерапевтические центры	Психофармакотерапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация, трудотерапия, вторичная и третичная профилактика
5 уровень	Преимущественно пациенты, находящиеся на динамическом наблюдении в ПНД, проживающие в ПНИ, госпитализированные в ПБ	Выраженные, тяжелые и осложненные психические расстройства	Специализированная психиатрическая служба: ПНД, дневные и ночные стационары, психиатрические больницы, общежития для психически больных, психоневрологические интернаты	Биологическая и фармакологическая терапия, психосоциальная реабилитация, социально-психологическое сопровождение, третичная профилактика

Как показано в табл. 1, диапазон и интенсивность медицинских мероприятий возрастают в направлении от первого уровня к пятому. В этом плане вмешательства нацелены на то, чтобы приостановить переход индивидов на последующие уровни (профилактика) и перевести их на предыдущие (интенсивное лечение/поддерживающая терапия). Границы между уровнями неотчетливые, и движение между уровнями необязательно должно быть поэтапным. Например, у индивида с факторами риска инфекционное заболевание может спровоцировать тяжелое психическое расстройство (например, развитие синдрома экзогенной психической спутанности, что может привести к переходу с уровня 2 на уровень 5); лечение инфекционного заболевания может способствовать разрешению психоза через астенический синдром, что приведет пациента к переходу на уровень 3. Прежде чем прибегнуть к мероприятиям более высоких уровней, следует применять мероприятия более низких при условии, что они являются адекватными и целесообразными для этого состояния.

Уровень 1. Общая профилактика психических расстройств. Этот уровень представлен общей популяцией населения без психических расстройств и без специфических факторов риска их развития. Мероприятия, способствующие укреплению здоровья, должны быть нацелены на сохранение большинства населения на этом уровне, на предотвращение развития или на задержку начала психических расстройств с использованием методов общей или первичной профилактики. Например, при цереброваскулярном заболевании возможно развитие деменции и депрессии. Для уменьшения проявлений цереброваскулярного заболевания необходимо устранять факторы риска сосудистых заболеваний – курение, сахарный диабет, высокое кровяное давление, ожирение, высокое содержание холестерина и гомоцистеина в крови. Другие методы, способствующие укреплению психического здоровья и сохранению когнитивного функционирования, включают приверженность здоровому образу жизни, регулярные физические и умственные упражнения, активное социальное взаимодействие, рациональное питание.

Эти методы следует применять в масштабе всего населения, проводя широкие образовательные кампании силами муниципальных отделов здравоохранения. Психообразование в виде, например, «Школ здоровья», приближенное к месту жительства, может способствовать популяризации здорового образа жизни и профилактике психических расстройств. Благоприятные результаты, которые можно было бы получить на этом уровне, включают улучшение качества жизни, снижение затрат на медицинскую помощь и повышение продуктивности профессиональной деятельности.

Первым фильтром (между первым и вторым уровнем) на пути к получению специализированной психиатрической помощи стоит желание пациента обратиться за этой помощью. Решение человека обусловлено четырьмя основными факторами: тяжестью проблемы, индивидуальной склонностью человека опираться на чью-то поддержку, доступностью соответствующих служб и наличием альтернативных ресурсов. Именно повышение уровня подготовки врачей первичной медицинской сети в области диагностики и лечения психических расстройств может способствовать повышению проницаемости этого фильтра за счет возможности получения качественной медицинской помощи в «альтернативном» (непсихиатрическом) медицинском учреждении.

Уровень 2. Пациенты с факторами риска развития психических расстройств: избирательная профилактика. На этом уровне у индивидов высока вероятность развития психического расстройства, обусловленного наличием факторов риска. Это гетерогенная группа, в которую входят лица с соматическими заболеваниями, с высокой частотой коморбидными с психическими расстройствами (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких, ВИЧ и т. п.), с психосоматическими расстройствами, нарушениями в когнитивной сфере, лица с острыми соматическими заболеваниями и другими факторами риска развития делирия; а также индивиды, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, с аффективным расстройством или с психозом в анамнезе, но в данный момент без каких-либо симптомов. В эту же группу могут быть включены лица, подде-

жащие обязательной диспансеризации в соответствии с действующими нормативными актами, и лица, профессиональная деятельность которых связана с повышенным уровнем стресса (летчики, учителя, полицейские, пожарные и т. д.). Также сюда могут быть включены люди, перенесшие состояние острого стресса в недавнем времени (смерть близких, потеря работы, угроза жизни и т. п.).

Такие пациенты обычно обращаются за помощью к врачам-терапевтам или неврологам. Имеющиеся у этих пациентов расстройства часто не распознаются общепрактикующими врачами, и больные остаются без соответствующей помощи. Повышение профессиональной компетентности врачей первичного звена в области клиники, диагностики и лечения психических расстройств позволит оказывать этой группе населения более качественную медицинскую помощь. Функцией врача первичной медицинской сети на этом уровне является индивидуальная профилактика развития психической патологии. Она может включать психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, а также психофармакотерапию, назначаемую врачом первичной медицинской сети с целью профилактики развития психических нарушений или предотвращения их рецидивов. Данные научной литературы подтверждают эффективность подобной профилактической работы.

Мероприятия, осуществляемые на этом уровне, предполагают наличие у врачей общей практики определенного уровня психиатрических знаний и навыков распознавания психической патологии, а также разработанных стандартов лечебной помощи этим категориям пациентов, включая рекомендации по психотерапии и психофармакотерапии. От способности врача распознавать психические расстройства у пациентов зависит проницаемость второго фильтра (между вторым и третьим уровнями) для пациентов. Эта способность в свою очередь зависит от многих факторов, таких как техника собеседования (зрительный контакт, тщательность выяснения жалоб, характер задаваемых вопросов: открытые, направляющие вопросы), уровень подготовки по медицине (прохождение тематических курсов), личность врача (личностная и ценностная ориентации на профессию).

Уровень 3. Начальные (легкие) психические расстройства. На этом уровне находится та часть популяции, у которой фиксируются психопатологические симптомы на приеме у врача общей практики, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года. Особо следует отметить, что чаще иных групп населения посещают врачей общей практики пожилые люди.

В России частота психических расстройств у пациентов, обращающихся в общемедицинскую сеть, оказывается довольно высока – от 30% до 80% по данным разных исследователей. Отчасти такие цифры могут быть обусловлены наличием третьего фильтра, затрудняющего получение необходимой медицинской помощи.

Третий фильтр (между третьим и четвертым уровнями) не позволяет пациенту с диагностированным терапевтом (врачом общей практики, неврологом или другим интернистом) психическим расстройством быть направленным на консультацию к психиатру. Этот фильтр стоит между первичным звеном здравоохранения и специализированной психиатрической службой, значительно уменьшая официально регистрируемую распространенность психических расстройств (с 10% до 2%). Столь затрудненная «проницаемость» свидетельствует о важности этого фильтра, если так много пациентов не могут его пройти. Он зависит от многих причин, в том числе и от уровня профессионализма, опыта и личного отношения врача первичного звена к психиатрической службе.

Этот фильтр оказывается избирательно проницаемым только для тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия и т. д. Он плохо пропускает такие состояния, как расстройства адаптации, невротические, легкие когнитивные расстройства, маскированные депрессии, психофизиологические нарушения (бессонница, головная боль напряжения), а также деменции на ранних этапах их развития.

Таким образом, тяжесть психических расстройств является важным фактором, обуславливающим прохождение пациента через третий фильтр. Повышение уровня профессиональных знаний будет способствовать лучшему пони-

манию врачами первичного звена характера психических нарушений и своевременному направлению пациентов к специалистам-психиатрам.

Уровень 4. Умеренно выраженные психические расстройства. Этот уровень включает тех пациентов, которым врач общей практики поставит диагноз психического расстройства и направит к специалистам-психиатрам, а также подгруппу популяции, которая обратится в учреждения специализированной психиатрической службы самостоятельно. Этому уровню соответствуют пациенты, которые получают консультативно-лечебную помощь в специализированных амбулаторных или внебольничных психиатрических учреждениях.

По диагностическим группам к этому уровню относятся пациенты с умеренно выраженными расстройствами, в первую очередь с непсихотическими психическими расстройствами – органическими (F04; F06.3–F06.9; F07), аффективными (F30.0–F30.1; F31.0–F31.1; F31.3–F31.4; F31.7; F32.0–F32.2; F33.0–F33.2; F33.4; F34), невротическими (F4), поведенческими (F5), личностными (F6), расстройствами развития (F8; F9), легкой и умеренной умственной отсталостью без грубых поведенческих нарушений (F70–F71), легкими и умеренными деменциями различной этиологии (F00–F03), а также с легкими и умеренно выраженными психотическими расстройствами – органическими (F06.0–F06.2; F05), шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 – часть), аффективными (F3 – часть).

Эти больные нуждаются в специальных мероприятиях (в первую очередь, психофармакотерапевтических), которые в основном должны осуществляться по месту жительства в рамках специализированной психиатрической помощи (консультативное наблюдение ПНД, лечение в специализированных психиатрических дневных стационарах).

Фильтр между четвертым и пятым уровнями отражает, насколько готовы пациенты, будучи направленными на консультацию к психиатру, получить психиатрическую помощь. Желание и психологический настрой наблюдаться и лечиться у психиатра (и, следовательно, комплайнс) в большей мере зависит от уровня стигматизации психиатрических услуг в обществе. Важным факто-

ром является и качество самой предоставляемой услуги. Улучшение обслуживания пациентов в учреждениях психиатрической службы может в свою очередь повысить рейтинг психиатрического учреждения и увеличить проницаемость этого фильтра.

Уровень 5. Тяжелые и осложненные психические расстройства. Для лиц с психическими расстройствами, нуждающихся во вмешательствах уровня 5, характерна не только тяжесть симптомов, но и контекст и сложность случая заболевания. Усугубляющие факторы могут включать отсутствие семейной поддержки, источников средств к существованию, инвалидность по психическому заболеванию, а также множественные соматические заболевания и инвалидность вследствие патологии со стороны физического здоровья.

К этому уровню относятся пациенты с хроническими, затяжными психическими расстройствами, сопровождающимися частыми обострениями и прогрессирующим характером течения заболевания. В эту группу традиционно включаются пациенты с прогрессирующими, часто обостряющимися формами шизофрении (F20), органическими психозами (F06.0–F06.2; F05), тяжелыми деменциями различной этиологии с грубыми явлениями психической спутанности и бредовыми состояниями (F00–F03), тяжелыми психотическими формами моно- или биполярного расстройства с континуальным течением, агрессивным или аутоагрессивным поведением (F31; F33), эпилептическими психозами (F05.x2, F06.02–F06.22), грубыми личностными и поведенческими нарушениями на фоне органической патологии головного мозга, когнитивного снижения или умственной отсталости (F06; F07, F71–F73). Обострения заболевания у таких больных могут часто сопровождаться неадекватным, асоциальным, агрессивным или суицидальным поведением, что обуславливает необходимость срочных, а временами и недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары.

Этим пациентам требуется динамическое диспансерное наблюдение специализированной психиатрической службой, а при обострении состояния – лечение в специализированных психиатрических стационарах. Помимо чисто

медицинских вмешательств (биологических, психофармакологических, психотерапевтических и психокоррекционных), такие больные нуждаются в значительных усилиях служб социально-психологической помощи и социального сопровождения, поскольку из-за выраженности болезненной симптоматики они не способны к самостоятельному социальному функционированию.

Представленная многоуровневая модель позволяет в значительной степени оптимизировать нагрузку специализированной психиатрической службы за счет делегирования некоторых функций по психопрофилактике, выявлению групп населения с повышенным риском развития психических расстройств и расстройств поведения учреждениям, оказывающим населению первичную медицинскую помощь.

4. Система обеспечения качества психиатрической помощи

Проведение в настоящее время в России реформы службы психического здоровья во многом обусловлено неудовлетворительным качеством оказываемой помощи, что привлекает особое внимание к этой проблеме и требует поиска путей ее решения. В Российской Федерации работа по достижению нового качественного уровня психиатрической помощи ведется в условиях жестких финансовых ограничений. Психиатрические учреждения отечественной службы психического здоровья испытывают серьезные трудности в плане материально-технического обеспечения, не располагают в достаточной мере современными технологиями обследования, лечения и реабилитации больных.

Для улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи (как программных целей стартовавшей в 2011 г. широкомасштабной кампании по модернизации здравоохранения) перед психиатрической службой стоит сложная задача: сформировать такую систему обеспечения качества психиатрической помощи, которая учитывала бы потребности и возможности

всех участников процесса ее оказания – и «потребителей» (пациентов и их родственников), и «поставщиков» (врачей, психологов, среднего и младшего медицинского персонала, социальных работников и т. д.). Эта система должна включать мероприятия по обеспечению структурной, процессной (технологической) и результирующей составляющих качества психиатрической помощи (рис. 4).

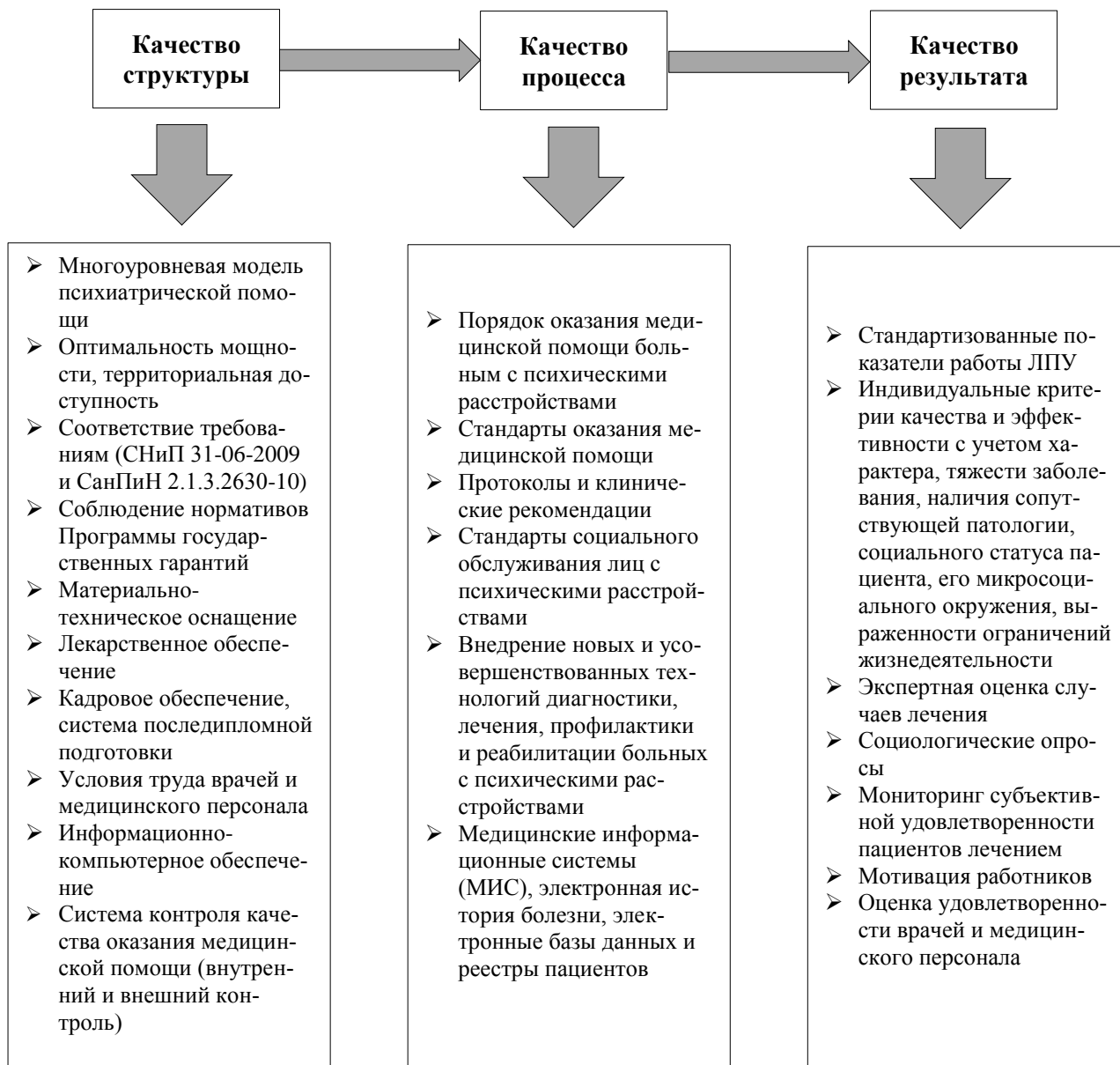


Рис. 4. Система обеспечения качества психиатрической помощи

Основой *структурного качества* может служить многоуровневая модель психиатрической помощи. Вместе с тем, наряду с формированием современной модели психиатрической помощи и определением принципов ее взаимодействия с другими учреждениями здравоохранения, прежде всего первичного звена здравоохранения, необходимо предусмотреть другие составляющие структурного качества, включающие:

- оптимальность мощности и обеспечение территориальной доступности учреждений, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения;

- соблюдение рекомендуемых Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи нормативов объемов амбулаторной и стационарной психиатрической помощи;

- соблюдение требований к зданиям и помещениям учреждений психиатрического профиля, устанавливаемых строительными нормами и правилами (СНиП 31-06-2009) и санитарными правилами и нормами (СанПиН 2.1.3.2630-10);

- материально-техническое оснащение учреждений психиатрического профиля;

- лекарственное обеспечение;

- обеспеченность психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров (кабинетов) квалифицированными кадрами, доступной и качественной системой последиplomной подготовки специалистов, а также создание оптимальных условий труда для врачей, медицинского и немедицинского персонала;

- создание в каждом учреждении психиатрического профиля эффективной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи, а на уровне органа управления здравоохранением – системы контроля качества психиатрической помощи населению региона.

Для сближения психиатрии и соматической медицины, что будет способствовать преодолению страха у населения перед психиатрией, активизации вы-

явления психических расстройств и расстройств поведения «пограничного» спектра и их психопрофилактике, целесообразно:

- внедрение скрининговых психометрических экспресс-методик тревожных и депрессивных расстройств в практику врачей общесоматической сети;
- повышение профессиональной компетенции врачей и среднего медицинского персонала первичного звена в области клиники, диагностики, принципов лечения и реабилитации лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- разработка и доведение до населения специальных психообразовательных программ;
- организация в составе ЦРБ крупных населенных пунктов психотерапевтических стационаров; в других населенных пунктах – психотерапевтических кабинетов в составе территориальных поликлиник;
- организация в составе областных клинических больниц психосоматических отделений и психотерапевтических кабинетов; в детских областных клинических больницах, областных кардиологических и онкологических диспансерах – психотерапевтических кабинетов.

Не менее важным элементом структурного качества является материально-техническое оснащение учреждений и подразделений, предназначенных для оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами и пациентам с пограничными состояниями, в том числе обеспечение современным оборудованием для проведения реабилитационных мероприятий, техническими средствами реабилитации, функциональной мебелью, современными лекарственными препаратами. Утвержденный Приказом Минздрава РФ «Порядок оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» включает описание этапов, правил организации деятельности подразделений, стандарты оснащения и рекомендуемые штатные нормативы медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению. И в связи с увеличением группы

больных, получающих консультативно-лечебную помощь, необходимо приведение реального кадрового состава в соответствие с рекомендуемыми штатными нормативами. В особенности это касается штатов психотерапевтов и медицинских психологов.

Немаловажной задачей является повышение качества подготовки не только врачей-психиатров, но и врачей смежных специальностей (прежде всего, первичного звена) по вопросам психогигиены, психопрофилактики, раннего выявления симптомов психических расстройств и т. д. Развитие новых направлений психиатрической службы, ее приближение к населению и интеграция с общей медицинской помощью будет способствовать существенному росту пациентов, находящихся под наблюдением специалистов по психическому здоровью. В результате такого роста количества лиц, нуждающихся в помощи, психиатрическая служба будет уже не в состоянии справляться с оказанием возложенных на нее обязанностей. Поэтому дефицит кадров, который отмечается в настоящее время в большинстве психиатрических лечебных учреждений, по всей видимости, будет возрастать и далее. Примечательно, что с учетом экономической и демографической ситуации полагаться при этом на существенное увеличение количества медицинских работников, занятых в сфере психиатрии, не стоит. Поэтому решение проблемы кадрового голода видится только на путях интенсификации и повышения технологической оснащенности психиатрической помощи.

Однако связанные с этим изменения организационных форм и методов лечебно-профилактической работы с необходимостью влекут повышение требований, которые предъявляются к квалификации сотрудников. Психосоматика, нелекарственная терапия, психотерапия, нейропсихиатрия, реабилитационная и профилактическая психиатрия требуют качественно нового уровня профессиональной подготовки. В связи с этим увеличение объемов оказания психиатрической помощи сопровождается объективными требованиями по изменению ее характера и улучшению качества.

Таким образом, психиатрическая служба сталкивается не только с нарастающим дефицитом кадров, но и с необходимостью укрепления имеющегося кадрового состава. Эта ситуация усугубляется проблемами, которые имеются в самой системе последипломного образования. Среди них следует указать на лавинообразное увеличение объема знаний, а также на сложность и внутреннюю противоречивость этой системы.

Условно систему последипломного образования можно разделить на две неравные части. Первая, наиболее развитая часть, обеспечивает допуск к профессиональной деятельности и поддержание минимально необходимого уровня квалификации. Она включает первичную специализацию в форме клинической ординатуры и интернатуры, а также регулярное повышение квалификации, прежде всего в виде сертификационных циклов. Причем прохождение указанных циклов является главным условием оценки профессионального соответствия врачей. Важно отметить, что обязательное последипломное образование направлено лишь на воспроизведение традиционных, устоявшихся клинических представлений, причем в усредненном и максимально доступном для большинства врачей формате.

Вторая часть – дополнительное образование – включает тематическое усовершенствование и непрерывное образование. Сюда относятся разнообразные формы повышения квалификации врачей, осуществляемые в целях интеграции клинического опыта и усовершенствования в определенных, сравнительно узких областях. Здесь происходит освоение передовых методов, обучение альтернативным и дополнительным диагностическим подходам, формирование новых практических навыков.

Еще одной формой дополнительного образования является профессиональная переподготовка по соответствующим субспециальностям (психотерапия, наркология, судебная психиатрия, сексология). Сюда же относится прохождение тематических программ усовершенствования для получения допусков к определенным видам деятельности (детская и геронтологическая психиатрия, нейропсихиатрия и эпилептология,

суицидология, электросудорожная терапия и др.). Важнейшей особенностью дополнительного образования, и в особенности непрерывного образования, является личная заинтересованность специалистов в повышении своего профессионального уровня.

Одним из препятствий для развития системы непрерывного последипломного образования является недостаточная согласованность принципов оценки квалификации врачей (а значит, и служебного роста) с уровнем их профессиональных знаний и умений. Вторым очевидным препятствием является недостаточная развитость инструментов формирования профессиональной идентичности у наших специалистов. Положение вещей усугубляется негативной ролью, которую играет профессиональная стигматизация и относительная обособленность психиатров в медицинской среде.

Представляется необходимым внесение целого ряда уточнений и изменений в перечень требований, предъявляемых к современному специалисту в области психиатрии. Необходимо расширить перечень диагностических навыков, которыми должен владеть современный специалист, в частности, включить в квалификационные требования владение психометрическими методами оценки и умение интерпретировать данные нейрофизиологических исследований. Принципиальное значение для психиатра имеет умение оценивать характер межличностных взаимодействий, в частности особенности взаимодействий между врачом и пациентом, а также внутрисемейных взаимоотношений.

Серьезную коррекцию следует внести в необходимые лечебно-профилактические и реабилитационные навыки, которыми должен владеть врач-психиатр. Представляется необходимым очертить круг основных лекарственных схем и режимов применения психофармакологических препаратов, их комбинаций, а также методов, направленных на преодоление терапевтической резистентности.

Важнейшим направлением образования в психиатрии является обучение психотерапевтическим подходам. Речь идет о необходимых базисных навыках

психотерапевтической работы, таких как формирование терапевтического альянса, эмпатическое слушание, оказание психологической поддержки, техники релаксации, прояснения, выявления ошибок суждения и когнитивных искажений, основные элементы психологической работы с семьей. Необходимым требованием квалификационной характеристики врача-психиатра является овладение методами психосоциальной терапии и реабилитации. Это особенно касается психообразовательной работы, сотрудничества с больными и их родственниками, проведения социальных тренингов и работы по социально-трудовому восстановлению. Наконец, психиатру необходимо владеть навыками по оказанию экстренной помощи, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Следует обратить внимание и на правовые знания и умения, а также на формирование этических принципов во взаимоотношении с больными и коллегами.

Немаловажную роль в вопросах профессиональной самоидентичности и психогигиены играют знания о собственном качестве жизни, толерантности и проблемах эмоционального выгорания. Поэтому включение в программы последипломных сертификационных циклов вышеупомянутых тем, а также тренингов толерантности будет способствовать повышению уровня профессиональной и личной компетентности специалистов в области психического здоровья.

Таким образом, система профессионального образования в психиатрии стоит перед необходимостью существенного реформирования. Эта необходимость обусловлена не только глобализацией образовательных процессов, она диктуется и переходом отечественной психиатрии на принципиально новый уровень, расширением сферы компетенции психиатров, распространением новых форм организации помощи, появлением более эффективных лечебно-профилактических и диагностических методов. Все это способствует существенному возрастанию требований к профессионализму врачей-психиатров, расширению их кругозора и углублению специализации. В новых условиях система профессиональной подготовки становится важнейшим механизмом реформирования отечественной психиатрической службы.

К элементам структурного качества принято относить также и формирование системы контроля качества оказания медицинской помощи, как на уровне учреждения, так и на уровне региона. В этой системе должны быть определены объекты и субъекты контроля с четким распределением полномочий между разными субъектами а также средства и механизм контроля. Основой для создания подобной системы может послужить «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи» (Чавпецов В.Ф. и соавт., 2005).

Обеспечение *технологического качества* психиатрической помощи, помимо утвержденных Порядка и стандартов оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами, должно предусматривать дальнейшую разработку и внедрение протоколов и клинических рекомендаций ведения больных, стандартов социального обслуживания лиц с выраженными психическими расстройствами и расстройствами поведения как одной из социально незащищенных категорий населения, индивидуальных программ реабилитации больных с психическими расстройствами, а также инновационных и усовершенствованных методов и технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных с психическими расстройствами. К разделу технологического качества можно также отнести внедрение специализированных медицинских информационных систем для психиатрии, ведение электронной истории болезни, создание и ведение электронных баз данных и реестров пациентов.

Обеспечение структурного и технологического сегментов является важным условием для надлежащего *качества результата* оказания психиатрической помощи. Однако если для первых двух составляющих часто используются унифицированные подходы, то для третьего компонента необходима максимальная индивидуализация, в том числе использование индивидуальных критериев качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий с учетом характера, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии, социального статуса пациента, его

микросоциального окружения, выраженности ограничений жизнедеятельности. Для этого необходимо использовать систему показателей, основанных на экспертной оценке случаев лечения и социологических опросах больных.

Качество результата оказания психиатрической помощи для пациента необходимо оценивать по мере его возвращения в общество на максимально высоком социальном уровне, учитывая клинические особенности каждого случая. Разнообразии нозологических и синдромальных форм, особенности негативной симптоматики предусматривают и разнообразие требований к психическому состоянию пациента. Нельзя ожидать от стационарного лечения пациента, длительное время страдающего параноидной формой шизофрении, полной редукции бредовых расстройств, выхода в интермиссию и возвращения к высококвалифицированному труду. Для такого пациента должны быть предусмотрены иные критерии, например утрата актуальности бредовых переживаний, частичная критика к своему состоянию, установки на прием поддерживающей терапии, что и обеспечивается дифференциацией медицинских мероприятий на разных уровнях.

Еще одним важным фактором, обеспечивающим качество результата оказания психиатрической помощи, является система постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности потребителей медицинских услуг (пациентов, их родственников) с целью выявления и оперативного устранения недостатков в работе, а также удовлетворенности врачей и персонала медицинских учреждений. Мотивация работников к качественному выполнению их обязанностей, к постоянному профессиональному совершенствованию служит важным компонентом качества результатов.

Для создания системы менеджмента качества в медицинских (в частности, в психиатрических) учреждениях может применяться так называемый «десятишаговый процесс» (видоизмененный цикл PDCA, или «цикл Деминга»), гармонизированный в настоящее время с международными требованиями. Он включает в себя постоянное планирование и постановку новых задач, стандартизацию процессов и технологий, непрерывный мониторинг качества, выявление и анализ недостатков и отклонений от

заданных стандартов, постоянное информирование и обучение персонала, разработку и принятие управленческих решений, их реализацию в практическую деятельность, а также непрерывный поиск возможностей и технологий улучшения качества. Этот процесс носит постоянный циклический характер (рис. 5).

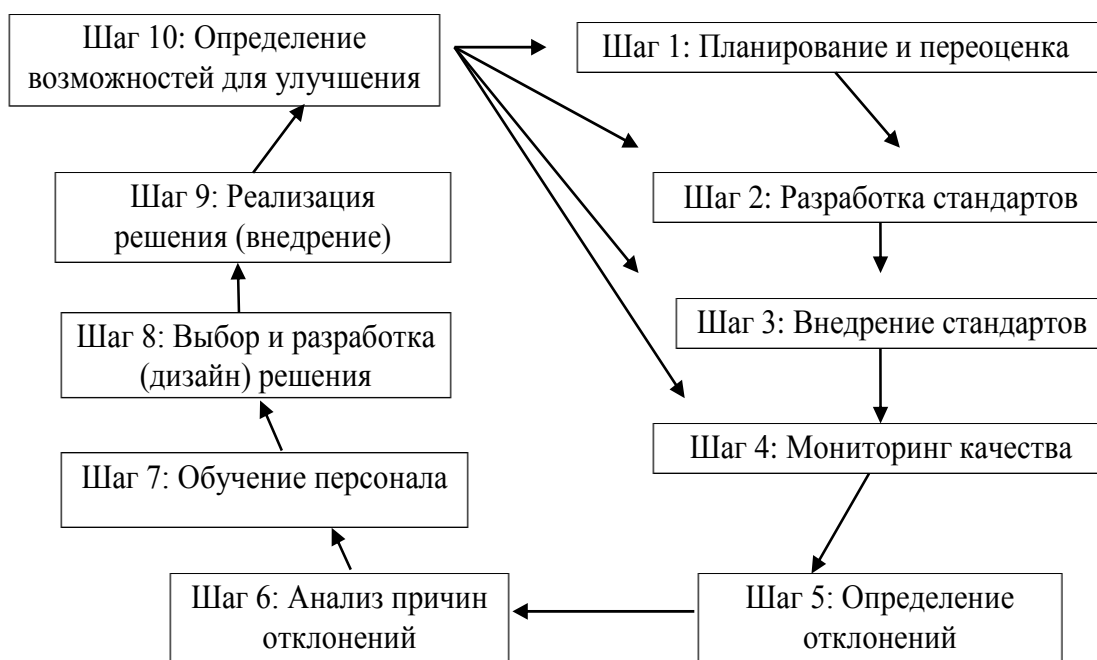


Рис. 5. 10-шаговый процесс менеджмента качества

Таким образом, обеспечение качества психиатрической помощи является непрерывным многокомпонентным процессом, в ходе которого устраняются недостатки в случае несоответствия между оптимальной и фактически оказываемой помощью. Предложенная модель позволяет решать эти вопросы, обеспечивая на основе системного подхода создание структуры службы, отвечающей потребностям обслуживаемого населения с учетом региональных эпидемиологических характеристик. Следует подчеркнуть, что такой подход позволяет также оптимизировать использование ресурсов здравоохранения, повысить доступность медицинской помощи для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также реализовать переход от медицинской к биопсихосоциальной модели психиатрической помощи.

Заключение

Проведение в настоящее время в России реформы службы психического здоровья во многом обусловлено неудовлетворительным качеством оказываемой помощи, что привлекает особое внимание к этой проблеме и требует поиска путей ее решения. Ряд важных событий последних 10–15 лет позволяет с определенным оптимизмом оценивать перспективу решения проблемы качества психиатрической помощи и в нашей стране. В частности, появилась правовая основа для контроля качества оказываемой помощи – законы о медицинском страховании и о защите прав потребителей. Сделан первый шаг на пути стандартизации психиатрической помощи населению – утверждены Порядок и ряд стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, что, как ожидается, позволит существенно улучшить качество психиатрической помощи. Важным моментом является определение рекомендуемых штатных нормативов и стандартов оснащения медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению (Приложения 1–45 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения).

Все большее внимание в последние годы уделяется проблемам диагностики, ранней терапии и профилактики психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети, сближению психиатрической и общемедицинской помощи, созданию центров психического здоровья, повышению уровня знаний специалистов общего профиля в вопросах психического здоровья, развитию психообразовательных программ для широких слоев населения и формированию доверия у общества к службе психического здоровья.

Актуальность проблемы повышения качества психиатрической помощи диктует необходимость дальнейшей работы в этом важном направлении отечественной психиатрии. Основой для решения данной проблемы должно служить внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий.

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ.

1. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО:

- А) Разработка стандартов, внедрение стандартов, контроль качества.
- Б) Учет интересов потребителя медицинской услуги, поставщика и государства в целом.
- В) Доступность, бесплатность и своевременность медицинской помощи.
- Г) Соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

2. «ТРИАДА ДОНАБЕДИАНА» ВКЛЮЧАЕТ:

- А) Разработку стандартов, внедрение стандартов, контроль качества.
- Б) Качество структуры, качество процесса (технологий), качество результата.
- В) Обеспечение качества, управление качеством, контроль качества.
- Г) Учет интересов потребителя медицинской услуги, поставщика и государства в целом.

3. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

- А) для проспективной оплаты расходов больниц, стабилизации и прогнозирования их расходов;
- Б) для изучения заболеваемости населения отдельными видами психических расстройств;
- В) для изучения удовлетворенности больных лечением;
- Г) для разработки образовательных программ повышения квалификации для врачей и медицинского персонала.

4. В СИСТЕМЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОПРОСЫ БОЛЬНЫХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

- А) для выделения клинико-статистических групп больных
- Б) для изучения эффективности назначаемых врачами лекарственных препаратов
- В) для оценки субъективной удовлетворенности лечением
- Г) для определения синдрома эмоционального выгорания среди врачей

5. НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЕМ:

- А) изучается по жалобам пациентов
- Б) является основанием для снижения заработной платы врачей
- В) является предиктором прекращения последующего обращения за медицинской помощью
- Г) оценивается специальными психометрическими шкалами

6. ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИИ – ЭТО:

- А) сокращение числа научно-исследовательских институтов по психиатрии и увеличение числа психиатрических учреждений практического здравоохранения
- Б) сокращение числа психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров за счет их укрупнения
- В) сокращение числа врачей-психиатров и увеличение числа врачей-психотерапевтов в поликлиниках
- Г) сокращение числа психиатрических больниц и психиатрических коек с расширением внестационарных форм психиатрической помощи

7. КАКОМУ УРОВНЮ МНОГОУРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СООТВЕТСТВУЮТ ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПСИХОГИГИЕНА И ОБЩЕСТВЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?

- А) первому уровню
- Б) второму уровню
- В) третьему уровню
- Г) четвертому уровню

8. КАКОМУ УРОВНЮ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СООТВЕТСТВУЮТ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГКИХ (НАЧАЛЬНЫХ) НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?
- А) первому уровню
 - Б) второму уровню
 - В) третьему уровню
 - Г) четвертому уровню
9. НА КАКОМ УРОВНЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОСРЕДОТОЧЕНЫ ПАЦИЕНТЫ С ВЫРАЖЕННЫМИ, ТЯЖЕЛЫМИ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВАМИ, ТРЕБУЮЩИМИ ЛЕЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ?
- А) на первом уровне
 - Б) на втором уровне
 - В) на четвертом уровне
 - Г) на пятом уровне
10. НА КАКОМ УРОВНЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАИБОЛЬШИЕ УСИЛИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА ПСИХОПРОФИЛАКТИКУ?
- А) на первом уровне
 - Б) на втором уровне
 - В) на четвертом уровне
 - Г) на пятом уровне
11. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА СТРУКТУРЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТ:
- А) Оценку субъективной удовлетворенности лечением
 - Б) Лекарственное обеспечение
 - В) Стандарты оказания медицинской помощи
 - Г) Экспертную оценку случаев лечения

12. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТ:

- А) Материально-техническое оснащение
- Б) Лекарственное обеспечение
- В) Оценку субъективной удовлетворенности лечением
- Г) Стандарты оказания медицинской помощи

13. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЮТ:

- А) Оценку субъективной удовлетворенности лечением
- Б) Материально-техническое оснащение
- В) Лекарственное обеспечение
- Г) Стандарты оказания медицинской помощи

14. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- А) требует дополнительного финансирования психиатрической службы
- Б) регламентируется Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения
- В) является непрерывным циклическим процессом
- Г) предполагает переход на полипрофессиональный (бригадный) метод обслуживания населения

Ответы к тестовым заданиям

1. Г

2. Б

3. А

4. В

5. В

6. Г

7. А

8. В

9. Г

10.А

11.Б

12.Г

13.А

14.В

Ситуационные задачи

Задача 1

В психиатрической больнице был проведен опрос удовлетворенности пациентов лечением. Наиболее часто в анкетах отмечалось плохое санитарно-гигиеническое состояние мест общего пользования (36,7%) и палат (8,9%), плохое качество питания (12,2%) и недостаточное медикаментозное обеспечение (7,7%). Какой компонент качества страдает в данной больнице?

Задача 2

Опрос удовлетворенности пациентов лечением был проведен в психоневрологическом диспансере. Опрос показал, что наиболее низко пациенты оценили обеспечение необходимыми медикаментами, оснащение ПНД диагностическим оборудованием и комфортность помещений, а наиболее высоко – отношение к больным врачей и медсестер, качество лечения и психологическую атмосферу в медицинском учреждении. Какой компонент качества пациенты оценили наиболее высоко?

Задача 3

Был проведен социологический опрос врачей и руководителей психиатрических учреждений в разных регионах РФ. По результатам опроса, некомплектованность штатов врачей была выявлена у 69,8% респондентов, психологов – у 50,8%, специалистов по социальной работе – у 63,5%, социальных работников – у 65,1%, медицинских сестер – у 57,1% и младшего медицинского персонала – у 66,7% опрошенных. В этих учреждениях был выявлен высокий коэффициент внутреннего совместительства (более 1,5). Как такой дефицит кадров может повлиять на качество помощи больным?

Задача 4

В психиатрической больнице была разработана психообразовательная программа для пациентов, впервые в жизни госпитализированных в психиатрический стационар с дебютом психического расстройства. Программа включает в себя темы, посвященные вопросам законодательства в области психиатрической помощи, организации стационарной и амбулаторной помощи, видам наблюдения, основным сведениям о психических расстройствах и их психофармакотерапии. Предполагается, что внедрение этой программы поможет повысить комплаенс пациентов и сократить число повторных госпитализаций. Каким этапам в рамках 10-шагового цикла управления качеством соответствует такая инициатива, и какие следующие шаги необходимо предпринять?

Задача 5

В рамках многоуровневой модели оказания психиатрической помощи населению на втором уровне сосредоточены пациенты с факторами риска развития психических расстройств – с психосоматическими и когнитивными расстройствами, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, с наличием профессионального стресса, а также люди, перенесшие состояние острого стресса в недавнем времени (утрата близких, потеря работы, угроза жизни и т.п.). Такие пациенты обычно обращаются за помощью к врачам-терапевтам или неврологам, однако имеющиеся у этих пациентов расстройства часто не распознаются общепрактикующими врачами, и больные остаются без соответствующей помощи. Каковы основные задачи и механизмы повышения качества оказания помощи пациентами на этом уровне?

Задача 6

Главный специалист по психиатрии N-ской области предложил областному комитету по здравоохранению целевую программу по улучшению психического здоровья населения N-ской области. В рамках этой программы предпо-

лагается выделение финансирования на проведение врачами-психиатрами профилактических осмотров пациентов первичной медицинской сети, издание специальных тематических брошюр для пациентов, посвященных принципам психогигиены и психопрофилактики, организацию «Школ психического здоровья» для больных с психосоматическими заболеваниями и факторами риска развития психических расстройств. Также предполагается профинансировать программы повышения квалификации для врачей первичного звена по вопросам диагностики, терапии и профилактики психических расстройств и обучение их психотерапевтическим подходам в рамках необходимых базисных навыков психотерапевтической работы, таких как формирование терапевтического альянса, эмпатическое слушание, оказание психологической поддержки, техники релаксации, прояснения, выявления ошибок суждения и когнитивных искажений, основные элементы психологической работы с семьей и т.п. Оцените предполагаемый эффект от внедрения этой программы.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1. Санитарно-гигиеническое состояние палат и мест общего пользования, качество питания и уровень медикаментозного обеспечения относятся к структурному компоненту качества.

Задача 2. Наиболее высоко пациенты оценили качество результата психиатрической помощи, которое включает в себя субъективную удовлетворенность результатами лечения, общую психологическую атмосферу и сферу межличностных взаимоотношений врача и пациента.

Задача 3. Дефицит профессиональных кадров в сочетании с высоким коэффициентом внутреннего совместительства является дефектом качества структуры. Это может приводить к нарушению качества технологий, когда специалист работает в условиях чрезмерной нагрузки, меньше времени может затрачивать на одного больного, использует менее затратные по времени профессиональные технологии в ущерб более эффективным по результату, но требующих больших временных затрат. Соответственно, следствием этого может быть снижение качества результата, когда врач в ситуации дефицита времени не может обеспечить надлежащее качество диагностики, лечения, профилактики и реабилитации.

Задача 4. Разработка стандартизированной психообразовательной программы соответствует второму шагу (разработка стандартов) на основе планирования ожидаемых положительных результатов в виде повышения комплаенса и сокращения числа повторных госпитализаций (первый шаг). В настоящее время планируется внедрение этой программы в практику (третий шаг). Для реализации четвертого шага (мониторинг результатов) необходимо четко определить критерии оценки (например, оценка приверженности терапии участковым психиатром на каждом амбулаторном приеме, число повторных поступлений в

больницу и т.п.) в группе больных, которым проводилась психообразовательная программа, и у пациентов, которые в этой программе не участвовали.

Задача 5. Повышение профессиональной компетентности врачей первичного звена в области клиники, диагностики и лечения психических расстройств, а также по вопросам психогигиены, психопрофилактики, раннего выявления симптомов психических расстройств и т.д, позволит оказывать этой группе населения более качественную медицинскую помощь. Функцией врача первичной медицинской сети на этом уровне является индивидуальная профилактика развития психической патологии. Она может включать психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, а также психотерапию, назначаемую врачом первичной медицинской сети с целью профилактики развития психических нарушений или предотвращения их рецидивов.

Задача 6. В рамках многоуровневой модели оказания психиатрической помощи населению целевое финансирование более низких уровней (первичная медицинская сеть) может снизить спрос на службы более высокого уровня (специализированная психиатрическая служба), что, во-первых, соответствует принципам профилактической медицины и, во-вторых, позволяет снизить расходы на дорогостоящие виды специализированной психиатрической помощи (например, стационарное лечение) за счет качественного оказания помощи пациентам на более «общих» и менее специализированных уровнях.

Список основной литературы

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здоровья в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2001. – 215 с.
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1000 с. – (Серия "Национальные руководства")
3. Семенова Н.В. Современные подходы к совершенствованию организации региональной психиатрической службы (по материалам Ленинградской области) / Н.В. Семенова. – СПб, 2012. – 219 с.
4. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика», 2007. – 356 с.
5. Чавпецов В. Ф. Автоматизированная технология экспертизы и возможности ее применения для управления качеством медицинской помощи / В. Ф. Чавпецов, С. М. Михайлов, М. А. Карачевцева // Проблемы улучшения качества медицинской помощи и подходы к их решению: сб. науч.-практ. работ / под ред. А. В. Шаброва, А. М. Таранова, В. Ф. Чавпецова. – СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2005. – С. 58–72.
6. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика / под ред. В. Ф. Чавпецова, Н. Б. Перепеча. – СПб., 1997. – 319 с.

Список дополнительной литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
7. Бобров А.Е. Актуальные проблемы последипломного образования в психиатрии / А. Е. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 19. – № 4. – С.77–81.
8. Бранд А. Обеспечение качества психиатрической помощи: опыт и прагматические соображения / А. Бранд // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 1. – С. 42–44.
9. Брескина Т. Н. Создание системы управления качеством в медицинской организации / Т. Н. Брескина // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2006. – № 4. – С. 146–147.
10. Букреева Н. Д. Научное обоснование и разработка клинко-статистических групп для организации внебольничной психиатрической помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Букреева Наталья Дмитриевна; ТНЦ НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 1997. – 48 с.
11. Гурович И. Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
12. Казаковцев Б. А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 57–61.
13. Казаковцев Б. А. Подготовка специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2007. – № 7. – С. 18–25.
14. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1 / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 7–9.

15. Мак-Дайд Д. Реферат. Психиатрическая помощь, часть II: Реорганизация психиатрической помощи: Роль стационаров и служб по месту жительства / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. – Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. – 16 с.
16. Незнанов Н. Г. Проблемы последипломного образования в психиатрии / Н. Г. Незнанов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Т. 12, № 6. – С. 4–8.
17. Семенова Н. В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / Н. В. Семенова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 25–29.
18. Семенова Н. В. Совершенствование системы региональной психиатрической помощи и обеспечение ее качества / Н. В. Семенова // Вестник психотерапии. – 2012. – № 43(48). – С. 9–20.
19. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Солохина Татьяна Александровна; НЦПЗ РАМН. – М., 2003. – 46 с.
20. Щепин О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 204 с.
21. Ястребов В. С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 4–10.
22. Bertolote J. M. Quality assurance in mental health care / J. M. Bertolote // Treatment of mental disorders / ed. by N. Sartorius. – Washington, DC, London: WHO, American Psychiatric Press Inc, 1993. – P. 443–461.
23. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base / P. Bower, S. Gilbody // Br. Med. J. – 2005. – Vol. 330 – P. 839–842.
24. Cole M. G. Public health models of mental health care for elderly populations / M.

- G. Cole // *International Psychogeriatrics*. – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 3–6.
25. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. 1. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment* / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press, 1980. – 457 p.
26. English J. T. *Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: the APA study* / J. T. English, S. S. Sharfstein, D. J. Scherl, et al. // *American Journal of Psychiatry*. – 1986. – Vol. 143. – P. 131–139.
27. Kerwick S. *Mental health care training priorities in general practice* / S. Kerwick, R. Jones, A. Mann, D. Goldberg // *British Journal of General Practice*. – 1997. – Vol. 47. – P. 225–227.
28. Mechanic D. *Approaches for coordinating primary and specialty care for persons with mental illness* / D. Mechanic // *General Hospital Psychiatry*. – 1997. – Vol. 19. – P. 395–402.
29. *Mental Illness in General Health Care: An international study* / ed. by T. B. Üstün, N. Sartorius. – Chichester: John Wiley & Sons, 1995. – 398 p.
30. Rentrop M. *Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature* / M. Rentrop, A. Bohm, W. Kissling // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1999. – Vol. 67 (10). – P. 456–475.
31. Thornicroft G. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence* / G. Thornicroft, M. Tansella // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185. – P. 283–290.

Содержание

Введение	3
1. Понятие качества медицинской помощи	6
2. Проблемы обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах.....	9
3. Современная модель организации психиатрической помощи населению.....	13
4. Система обеспечения качества психиатрической помощи	24
Заключение.....	35
Тестовые задания.....	36
Ответы к тестовым заданиям	40
Ситуационные задачи	41
Ответы к ситуационным задачам.....	44
Список основной литературы	46
Список дополнительной литературы	46