

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение Государственный
научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
Министерства здравоохранения и социального развития Российской
Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Исполняющий обязанности
директора ФГБУ ГНЦССП
им. В.П. Сербского,
профессор

З.И. Кекелидзе
« ____ » _____ 2011 года

**ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО
МОНИТОРИНГА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ
(АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ) И СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

(Методические рекомендации)

Организация системы автоматизированного мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений: Методические рекомендации.

В Методических рекомендациях представлены принципы организации системы автоматизированного мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений, цели и задачи мониторинга, принципиальная схема организации системы автоматизированного мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, основные функции, методологические принципы, критерии оценки и структура индикаторов качества деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, включая мониторинг выполнения стандартов психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности, индикаторы оценки качества и др. Кроме того, описаны принципы обеспечения информационной безопасности и ожидаемый социально-экономический эффект от создания системы.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, занятых в оказании психиатрической помощи (врачей-психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе), руководителей психиатрических и психоневрологических учреждений.

Авторы:

Чуркин А.А. – руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук,

Букреева Н.Д. – руководитель Научно-организационного отдела Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук.

Демчева Н.К. – ведущий научный сотрудник Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, доктор медицинских наук.

Макушкин Е.В. – заместитель директора по научной работе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, доктор медицинских наук, профессор.

Организация – разработчик: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития).

1 Нормативные ссылки

1. Конституция Российской Федерации (принята 12 декабря 1993 г.);
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ от 22.07.1993 № 5487-1);
3. Закон Российской Федерации от 02.07 1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 22.08.2004) ("Ведомости СНД и ВС РФ", 20.08.1992, № 33, ст. 1913);
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 25.05.1994 №522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» ("Собрание законодательства РФ", 1994, № 6, ст. 606);
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст.5312);
6. Федеральный закон от 02.02.2006 № 23-ФЗ «О внесении изменения в статью 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. №255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией». Опубликовано в "Российской газете" от 13 мая 2003 г., № 87 (3201).
8. Приказ Минздравсоцразвития России №364 от 28.04.2011 г. «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

2. Общие положения

Введение

Огромный ресурсный потенциал России, ее научный и интеллектуальный потенциал, с одной стороны, внушают оптимизм, а с другой - обуславливают растущее понимание роли внедрения современных научно-обоснованных *методов управления*, обеспечивающих принятие и реализацию решений, которые позволят осуществить стабилизацию и последующее развитие экономики как основы улучшения благосостояния народа и здоровья населения.

Перестройка государственной системы управления и реформирование здравоохранения, заинтересованность руководителей федеральных и местных органов власти в существенных положительных переменах в обществе создают *политическую основу* для разработки системы автоматизированного мониторинга деятельности психиатрической службы. Понимание руководителями различных органов управления и учреждений здравоохранения необходимости перестройки создают *интеллектуально-психологическую основу* для развития указанного направления.

Стремление и готовность руководящих органов к совершенствованию информационно-статистической базы управления и расширяющаяся открытость медико-статистической информации создает предпосылки *организационно-юридической основы* для развертывания систем мониторинга.

Переход к системе обязательного медицинского страхования с лавинообразной информатизацией лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), свободный рынок быстро эволюционирующих средств вычислительной техники, сложившаяся на территориях субъектов Федерации инфраструктура информатизации здравоохранения и др. ведомств создают *техническую основу* для реализации идеи мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-

психиатрических экспертных учреждений.

На современном этапе развития организации психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы все большую актуальность приобретает модернизация и унификация технологии сбора, обработки и анализа первичных данных об их деятельности. Важным компонентом при этом считается методическое единство подходов к развитию информационного обеспечения для достижения максимальной доступности информации для пользователей различного уровня. Системы мониторинга различных аспектов деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений должны стать основными звеньями управления здравоохранением страны.

Таким образом, на современном этапе эволюции созданы условия для создания системы автоматизированного мониторинга деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений. В концепции рассматриваются уровень учреждений специализированных медицинских служб.

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. в качестве одного из направлений совершенствования медицинской помощи предусматривает обеспечение ее качества и безопасности. В частности, декларируется, что гарантированное обеспечение каждого гражданина Российской Федерации качественной медицинской помощью должно обеспечиваться следующими мероприятиями:

- конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- стандартизация медицинской помощи;
- организация медицинской помощи;
- обеспечение лекарственными средствами граждан в амбулаторных условиях;
- осуществление единой кадровой политики;

- инновационное развитие здравоохранения;
- модернизация системы финансового обеспечения оказания медицинской помощи;
- информатизация здравоохранения.

В соответствии с положениями законодательства Российской Федерации Правительство Российской Федерации должно принимать Программу государственных гарантий на три года, содержащую:

- минимальный размер подушевого норматива финансового обеспечения государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- подушевые нормативы объемов медицинской помощи по видам;
- минимальные значения критериев оценки качества и доступности медицинской помощи.

На основании утвержденной Правительством Российской Федерации Программы государственных гарантий (далее – ПГГ), субъекты Российской Федерации принимают территориальные программы государственных гарантий, в зависимости от финансовой обеспеченности, устанавливая собственные финансовые нормативы (не ниже установленных Правительством Российской Федерации), а также включая при необходимости дополнительные виды медицинской помощи. Психиатрические (амбулаторные и стационарные) и судебно-психиатрические учреждения в процессе мониторинга их деятельности должны пользоваться территориальными программами государственных гарантий.

Мониторинг реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи должен осуществляться на ежегодной основе, при этом информация о выполнении ПГГ в соответствующем году должна являться основой для формирования показателей территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на

последующие периоды.

Финансовые показатели должны быть увязаны с качественными:

- удовлетворенность населения психиатрической помощью;
- смертность населения вследствие самоубийств;
- временная нетрудоспособность и инвалидность вследствие психических расстройств;
- показатели числа общественно опасных действий и правонарушений, совершаемых лицами, страдающими психическими расстройствами;
- сбалансированность видов и объемов психиатрической помощи в соответствии с установленными ППГ нормативами;
- сроки ожидания гражданами медицинской и реабилитационной помощи по видам и условиям оказания.

При этом Программой государственных гарантий должны устанавливаться целевые значения указанных показателей и, при необходимости, дополнительные показатели с учетом приоритетов охраны психического здоровья и судебно-психиатрической экспертизы.

В рамках системы управления реализацией ППГ психиатрическими (амбулаторными и стационарными) и судебно-психиатрическими учреждениями субъектами Российской Федерации и муниципальными образованиями должны быть предусмотрены механизмы финансового стимулирования достижения соответствующих показателей через предоставление дополнительных трансфертов из территориального бюджета и фонда обязательного медицинского страхования.

Вместе с тем, в случае невыполнения установленных контрольных значений территориальным органом здравоохранения, в соответствии с законодательством Российской Федерации, должны быть установлены соответствующие санкции и внедрен эффективный механизм применения этих санкций.

В 2001 г. Институтом Медицины США было дано определения

качества здравоохранения: «Качество – это степень достижения желаемого исхода (для здоровья индивидуума или популяции) усилиями служб здравоохранения на современном уровне профессиональных знаний» (Wettstein R., 2005). Качество – свойство системы здравоохранения, без которого здравоохранение теряет смысл, но необходимы усилия по постоянному его мониторингу и улучшению (Pronovost P. et al., 2004; Wettstein R., 2005). Качество можно оценивать по **структуре** здравоохранения, включая имеющиеся условия, персонал, организация, финансирование, тип и обязанности поставщика психиатрических услуг, контроль обеспечения этих услуг; по **процессу**, например, по использованию современных методов диагностики и лечения, таких, как использование соответствующих препаратов при определенных заболеваниях; или по **исходу (результату)** - по показателям общей и первичной заболеваемости, показателям повторных госпитализаций, уровня социальной адаптации пациентов и качества жизни, и их удовлетворенности и комплаентности с терапией или рекомендуемым режимом.

Внедрение индустриальных подходов к оценке качества медицинской помощи создало условия для использования в контроле качества функционально-стоимостного анализа - ФСА (С.А. Хайман, 1984). Суть его заключается в том, что, анализируя затраты (стоимостные, материальные, трудовые и т.д.) и связанные с этим процессы, оценивается целесообразность всех функций и способов их осуществления, разрабатывается оптимальный вариант функций и структуры системы, оптимальные методы их осуществления и, соответственно, определяются оптимальные затраты на производство этой системы.

Системный подход в организации качественной психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности позволяет внедрить систему управления, направленную на оптимизацию структуры психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений, а также функциональных связей в

их деятельности.

Такая система управления службами невозможна без постоянного мониторинга результатов их деятельности для принятия оптимальных управленческих решений.

Исходя из определения качества, система мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений должна быть комплексной и включать оценку:

- *структуры* (организационная структура учреждений, их кадровое обеспечение и материально-техническое оснащение, выполнение основных плановых показателей - индикаторов качества организации деятельности),
- *процесса* (выполнение стандартов медицинской помощи в области оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности),
- *результата* – достижения потенциальной способности больного человека выполнять жизненные цели через необходимые формы поведения и воспроизводство средств их реализации, а также качественного, объективного и всестороннего судебно-психиатрического экспертного заключения, которое может быть принято как доказательство по делу (уголовному, гражданскому или административному).

Кроме того, система мониторинга различных аспектов деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных (СПЭУ) учреждений должна быть многоуровневой и включать:

- *первый уровень* - мониторинг осуществляется заведующим психиатрическим (амбулаторным или стационарным), судебно-психиатрическим экспертным отделением, другими лечебно-диагностическими и административно-хозяйственными подразделениями учреждения, в рамках своих функциональных обязанностей;

- **второй уровень** - мониторинг осуществляется лицом, исполняющим функции руководителя психиатрическим (амбулаторным или стационарным) учреждением (СПЭУ);
- **контроль за мониторингом** деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных (СПЭУ) учреждений;

2. Предпосылки создания системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

К настоящему времени в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» достигнуты определенные результаты в укреплении материально-технической базы лечебно-профилактических психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных (СПЭУ) учреждений, в том числе в значительной степени решен вопрос оснащенности их компьютерной техникой, что позволяет осуществлять мониторинг их деятельности современными средствами.

В области управления психиатрическими (амбулаторными и стационарными) и судебно-психиатрическими экспертными (СПЭУ) учреждениям наиболее острыми являются следующие проблемы:

- оперативного получения достоверных первичных данных об объемах и качестве проводимых ими лечебно-профилактических и экспертных мероприятий;
- планирования обоснованных затрат на оказание гарантированных объемов психиатрической помощи в соответствии со стандартами качества и проведение судебно-психиатрических экспертиз;
- контроля над расходованием бюджетных средств на медицинское и лекарственное обслуживание населения, за оборотом лекарственных средств;

- оптимизации распределения и загрузки людских и материальных ресурсов с учетом потребностей учреждения.

В области непосредственного оказания медицинской помощи наиболее значимыми являются проблемы:

- профилактики и раннего диагностирования психических заболеваний, своевременного оказания медицинской помощи пациентам различных групп риска, лицам с социально значимыми заболеваниями, работникам особо вредных и опасных условий труда, а также лицам, лечение которых организовано с использованием стационарозамещающих технологий;

- максимально эффективного использования имеющихся ресурсов в учреждении, включая оборудование, предназначенное для оказания лечебно-диагностической психиатрической помощи и экспертной работы;

- справочно-информационной поддержки принятия врачебных решений, в том числе посредством предоставления оперативного доступа к полной и достоверной информации о здоровье пациента, внедрения автоматизированных процедур проверки соответствия выбранного лечения стандартам оказания медицинской помощи, проверки соответствия назначенных лекарственных средств имеющимся противопоказаниям.

Имеющиеся в ряде психиатрических учреждений прикладные решения преимущественно ориентированы на работу со слабо структурированными данными. Большинство имеющихся в психиатрических учреждениях информационных систем не пригодны для проведения оперативного мониторинга их деятельности в силу слабо развитой поддержки сквозных рабочих процессов даже на уровне одного учреждения.

При этом под информационной системой понимается программное обеспечение, предназначенное для автоматизации деятельности стационарных, амбулаторно-поликлинических, вспомогательных (лабораторные, диагностические и т.п.), судебно-психиатрических экспертных и иных подразделений учреждения. Информационная система, в том числе, обеспечивает ведение персонифицированного учета оказанных

медицинских услуг пациенту на основе единой электронной медицинской карты.

В рамках управления психиатрическим учреждением (включая судебно-психиатрические экспертные отделения) реализованы в основном процессы обобщения и предоставления на вышестоящий уровень агрегированной информации. При этом отсутствует возможность, во-первых, проверить такую информацию на предмет достоверности, а, во-вторых, оперативно изменить состав и форму представления агрегированной информации в зависимости от характера решаемых управленческих задач.

Автоматизированные информационные системы психиатрических и судебно-психиатрических учреждений до настоящего времени проектируются и разрабатываются децентрализованно в условиях отсутствия единой методологии, а потому не позволяют рассматривать и анализировать деятельность психиатрической службы, включая судебно-психиатрический кластер, в целом.

Психиатрические (амбулаторные и стационарные) и судебно-психиатрические экспертные (СПЭУ) учреждения аккумулируют значительные объемы информации, которая должна являться конфиденциальной. В то же время вопросы информационной безопасности при проектировании и эксплуатации информационных систем указанных учреждений, в том числе предназначенных для проведения мониторинга, остаются недостаточно разработанными.

Перечисленные проблемы свидетельствуют о необходимости выработки новых подходов к созданию системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений.

3. Цели и задачи создания мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

Мониторинг деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений - это система оперативного слежения за состоянием и изменением их деятельности, представляющая собой постоянно совершенствующийся механизм получения разноуровневой информации для углубленной оценки и прогноза состояния психиатрической помощи и судебно-психиатрических экспертиз за различные временные интервалы.

Мониторинг деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений необходим:

- для выявления тенденций динамики индикаторов качества деятельности указанных учреждений и их оценок;
- для выявления причинно-следственных связей между различными факторами (социальными, экономическими, кадровыми, организацией здравоохранения, и т.д.), влияющими на деятельность указанных учреждений, а также на качество, объективность и всесторонность экспертных заключений;
- для выработки на этой основе мер, направленных на оптимизацию деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений;
- для оценки и коррекции эффекта реализации указанных мер.

Главной целью создания мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений является организация на базе информационных технологий общегосударственной межотраслевой и иерархической системы сбора, обработки, хранения и выдачи объективной информации, обеспечивающей

оперативное слежение за состоянием психиатрической службы, включая кластер судебно-психиатрической экспертной деятельности, и информационную поддержку принятия адекватных управленческих решений, направленных на улучшение этой деятельности.

Основными задачами мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений являются:

- изучение тенденций динамики индикаторов качества их деятельности и влияющих на них факторов;
- изучение тенденций выполнения стандартов психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности;
- изучение тенденций выполнения лицензионных требований и условий оказания психиатрической помощи и осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности;
- выявление приоритетных проблем организации психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной службы;
- выявление отдельных подразделений, совершенствование деятельности которых требует проведения специальных организационных мероприятий;
- разработка обоснованных территориальных программ, направленных на совершенствование психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности;
- обеспечение информационной поддержки и законодательной инициативы по мерам совершенствования психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности;
- обоснование планирования основных показателей – индикаторов качества деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и СПЭУ и их ресурсного обеспечения;

- построение многоцелевой и доступной базы данных, позволяющей извлекать и анализировать первичные сведения по различным комбинациям показателей, в том числе по показателям государственной статистики;
- обеспечение имеющихся баз данных, необходимых для проведения мониторинга, адекватными и гибкими средствами статистико-математической обработки;
- развитие информационного обеспечения каждого психиатрического (амбулаторного и стационарного) учреждения и СПЭУ, как базового звена в иерархической структуре соподчиненных подсистем.

4. Принципиальная схема организации системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

Создание системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, в силу его комплексности и многоэтапности, является процессом пролонгированным во времени.

Будучи развивающейся системой, она должна возникать эволюционным путем, в результате которого ранее созданные части развиваются в более сложные подсистемы, взаимоувязанные между собой. Для развития системы мониторинга принципиальна определенная открытость (при условии создания подсистемы защиты информации), позволяющая наращивать числа подсистем, изменения структуры и связей, а также и функций, реализуемых ею.

Сформулируем ряд общих принципов построения системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений.

Безусловно, основной объем информации, необходимый для принятия эффективных управленческих решений, это сведения о деятельности каждого

звена в системе психиатрической и судебно-психиатрической служб.
«Внутренняя» информация должна включать:

- первичные данные о медико-демографической ситуации в границах компетентности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений;
- первичные данные клинико-эпидемиологического содержания в границах компетентности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений;
- первичные данные о собственных материальных ресурсах и их расходовании; прочую внутреннюю информацию, прямо или косвенно касающуюся организации функционирования психиатрических
- первичные данные о собственных материальных ресурсах и их расходовании; прочую внутреннюю информацию, прямо или косвенно касающуюся организации функционирования психиатрических

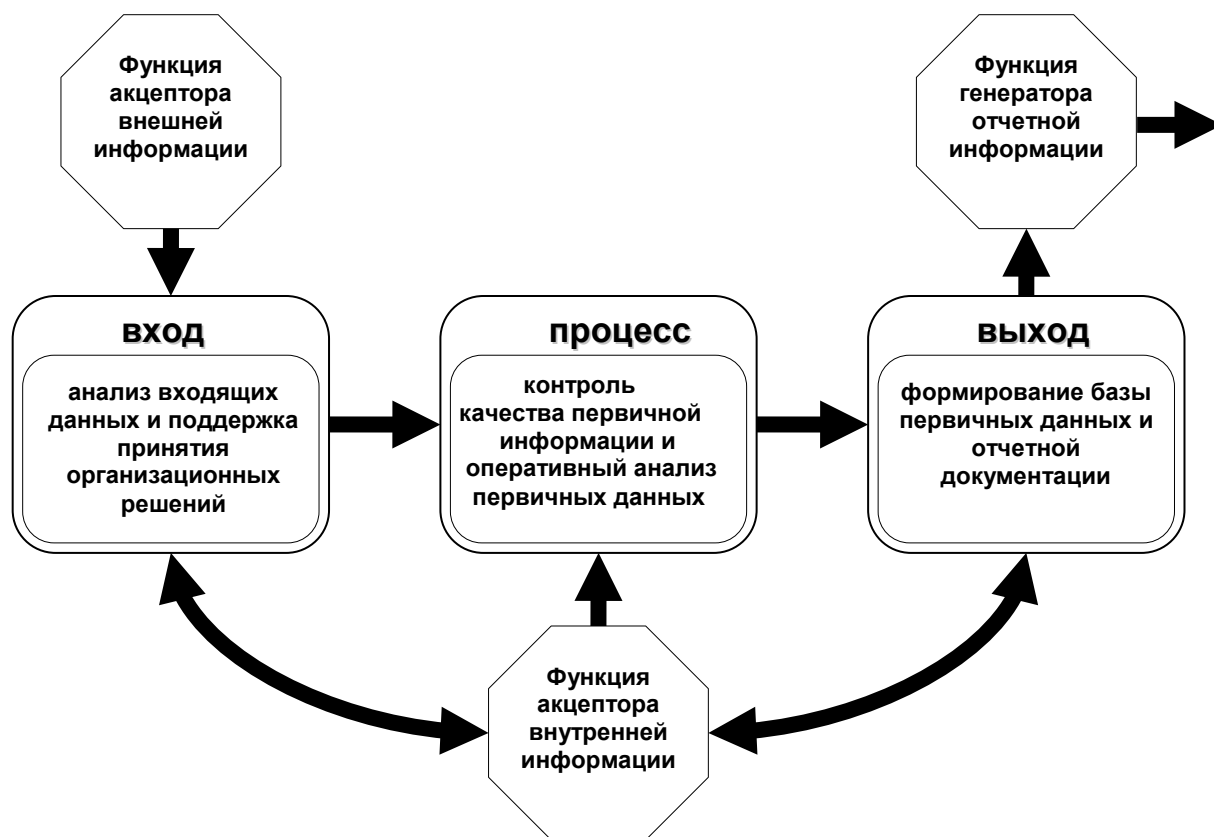


Схема 1. Функции информационно-аналитической службы в системе мониторинга

(амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений.

1. Поскольку мониторинг деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений является межотраслевой и межведомственной проблемой, необходимо на уровне администрации обслуживаемой территории определить координатора реализации программы с соответствующими полномочиями или, что предпочтительнее, создать при администрации соответствующую комиссию по межведомственной координации программы создания мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений с централизацией средств на разработку и внедрение системы контроля за деятельностью.

2. Система мониторинга должна опираться на иерархическую структуру сбора, обработки и выдачи информации по цепочке: врач (врач-эксперт) – заведующий отделением (председатель СПЭК) – организационно-методический отдел – руководитель учреждения – информационные структуры территориальных органов управления.

3. Обеспечение информационного взаимодействия различных информационных межведомственных структур по горизонтали на уровне административных территорий должно быть юридически обеспечено на законодательном уровне.

4. Обеспечение взаимодействия информационных отраслевых структур на территориальном уровне должно быть обеспечено санкционированным обменом базами данных по сетевым каналам связи без взаиморасчетов, поскольку их содержание обеспечивается средствами государственного бюджета.

5. Стандартизация реквизитов первичных документов и форм, которая независимо от технологической формы обработки информации при бумажной или автоматизированной обработке обеспечивала бы статистические данные, соответствующие требованиям формирования стандартных показателей на следующем уровне иерархии. При этом

автоматизированные системы нижнего иерархического уровня должны иметь право на расширение реквизитов этих документов (но не сокращение) в целях обеспечения частных исследовательских и управленческих функций.

6. Система мониторинга должна быть обеспечена на определенных этапах своего развития пакетом имитационных моделей, позволяющих исследовать количественные связи качества психиатрической помощи и судебно-психиатрических экспертиз, а также их отдельных составляющих с различными факторами, на него влияющими, что позволит создать над базой данных базу знаний для оптимизации управленческих решений.

7. Руководство разработкой иерархии систем мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений должно осуществляться территориальным органом здравоохранения, а ответственность за качество информационного и организационно-методического обеспечения определяется в рамках программы разработки мониторинга.

8. Важнейшим принципом создания систем мониторинга должна стать тщательная инвентаризация имеющихся моделей, систем и программных средств и организация их экспертизы для выработки рекомендаций для руководителей органов управления здравоохранением (включая ведомственные) и лечебных учреждений на местах по использованию их в ЛПУ, территориальных ИВЦ и других учреждениях.

Основными задачами мониторинга и соответствующего сопровождения в виде информационно-программно-аппаратного комплекса являются сбор информации, слежение, контроль (сравнение с нормативами), анализ (отнесение к ситуации) и прогноз развития психиатрической и судебно-психиатрических служб для принятия управленческих решений на местном уровне.

С технической точки зрения эта система есть система сбора и переработки информации. Поэтому архитектура системы сбора и обработки информации для мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных

и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений должна иметь иерархическую территориальную структуру и максимально использовать в качестве информационных источников уже налаженную государственную систему сбора информации. После принятия концепция мониторинга деятельности психиатрических и судебно-психиатрических учреждений на территориальном уровне, потребуется детальное изучение информации, собираемой госслужбами на предмет ее достаточности для решения задач мониторинга.

Что касается программно-аппаратной архитектуры системы, то это, несомненно, должна быть глобальная иерархическая сеть, отслеживающая территориальную структуру до районов. Информационная база в этой сети будет иметь распределенный характер с архитектурой "Клиент/Сервер".

Как уже отмечалось в предыдущих разделах, система должна иметь открытый характер для того, чтобы было можно:

- "выращивать" систему поддержки мониторинга постепенно из ее сравнительно простых первых версий, наращивая их возможности по мере накопления опыта эксплуатации;
- "наращивать" систему за счет включения в нее территориальных подсистем;
- расширять функциональные возможности системы мониторинга путем включения в нее разнообразных комплексов прикладных программ переработки информации и поддержки принятия решений, т.е. использовать опыт, накопленный специалистами в других областях, имеющих отношение к организации здравоохранения, в целом, и психиатрической помощи, в частности, сбору и обработке больших объемов информации, принятию решений в слабоструктурированных ситуациях и т.п.

Создание Системы должно основываться на следующих принципах:

однократный ввод и многократное использование первичной информации;

использование электронных документов, юридическая значимость которых подтверждена электронной цифровой подписью, в качестве основного источника первичной информации в Системе;

обеспечение совместимости (интероперабельности) с мониторинговыми системами более высокого уровня;

обеспечение информационной безопасности и защиты персональных данных в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе с использованием электронной цифровой подписи и электронных средств идентификации врача и пациента (универсальная электронная карта гражданина Российской Федерации);

обеспечение обмена данными и интеграции с информационной системой территориальных расчетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

предоставление территориальному органу здравоохранения организационной и технической возможности удаленного мониторинга работоспособности аппаратно-программных решений на уровне учреждения, а при необходимости и возможности удаленного управления аппаратно-программными решениями;

принятие решения о модернизации используемых для мониторинга информационных систем и разработке новых компонентов Системы с учетом максимально возможного сохранения существующих программно-технических средств;

организационно-технологическая структура информационного обеспечения мониторинга должна позволять отбирать различные данные, представлять их в структурно упорядоченном виде, уплотнять, обобщать, извлекать и отображать данные различными способами. Данная структура должна отличаться своей гибкостью по введению процедур использования новых данных (получения, кодирования, преобразования и т.п.) и адаптации этих данных к изменяющимся потребностям со стороны пользователей;

мониторинг должен позволять извлекать и анализировать данные по

различным комбинациям показателей и в различных контекстах, обеспечивая возможность их многокритериального анализа.

5. Основные функции системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

В рамках создания Системы обеспечивается информационно-технологическая поддержка следующих функциональных процессов:

комплексный анализ реализации государственной политики в сфере здравоохранения, включая анализ реальной себестоимости оказанной учреждением психиатрической помощи и судебно-психиатрических экспертиз, мониторинг ее отклонения от стоимости медицинских услуг, рассчитанной исходя из тарифов, сравнительный анализ показателей психического здоровья населения в обслуживаемой территории, оценку качества работы учреждения на основании разрабатываемых критериев, прогнозирование развития психиатрической и судебно-психиатрической служб, обоснование приоритетных направлений проведения лечебно-профилактических и судебно-психиатрических экспертных мероприятий;

мониторинг оснащенности учреждения необходимыми материально-техническими ресурсами, анализ соответствия материально-технической обеспеченности учреждения стандартам оснащения, оптимизация закупок расходных материалов и комплектующих, мониторинг загруженности высокотехнологического медицинского оборудования, анализ информации о состоянии, эксплуатации и использовании программно-технических средств;

мониторинг кадрового обеспечения и кадровых потребностей, планирование объемов и структуры повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров, оценка квалификации медицинского и фармацевтического персонала;

комплексный анализ влияния принимаемых управленческих решений на обеспеченность учреждения ресурсами, в том числе финансовыми,

эффективность их использования, обеспечение гарантий предоставления медицинских услуг в необходимом объеме и в соответствии со стандартами качества;

прогнозирование потребности в медицинской помощи на основании данных об уровне и характере заболеваемости по различным нозологическим формам, группам населения, территориальным и другим признакам, планирование проведения профилактики с учетом результатов социально-гигиенического мониторинга, планирование расходов на оказание медицинской помощи требуемого объема и качества на основании дифференцированных тарифов, стандартов медицинской помощи, исходя из сравнения расчетной потребности в финансовых средствах с реальными расходами предыдущих периодов;

оценка эффективности управления административно-хозяйственной деятельностью учреждения, расходования финансовых средств и контроль за оказанием медицинских услуг и оборотом лекарственных препаратов по выписанным рецептам с учетом медицинских и медико-экономических стандартов, перечней лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, реальной себестоимости оказанной медицинской и лекарственной помощи и величины ее отклонения от стоимости данных услуг, рассчитанной исходя из установленных тарифов;

Система мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений должна обеспечивать выполнение следующих основных функций:

- обработка отраслевой и межотраслевой статистической информации о структуре, финансировании, кадровом и материально-техническом состоянии учреждения и их использования, количестве наблюдаемых и пролеченных амбулаторных и стационарных больных, проведенных СПЭ, нозологической структуре больных и подэкспертных, видах экспертиз и характере принятых решений, а также дополнительной информации, получаемой в результате планируемых выборочных исследований;

- представление пользователям федерального и территориального уровней информации, соответствующей их доступу к указанной информации и уровню компетенции, а также комплексом решаемых задач;
- выдача указаний абонентам системы по вопросам организации сбора, первичной и аналитической обработки информации;
- обеспечение процедур выдвижения гипотез о наличии закономерностей в наблюдаемых данных;
- обеспечение задач принятия решений по воздействию на причины наблюдаемых закономерностей;
- обеспечение имитационного моделирования последствий принимаемых решений с учетом временных лагов и трендов;
- отслеживание расхождений между прогнозируемым и реальным развитием событий.

6. Определения, методологические принципы, критерии оценки и структура индикаторов качества деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

Исходя из определения качества, система мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений должна быть комплексной и включать оценку:

- **структуры** - организационная структура психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений, их кадровое обеспечение и материально-техническое оснащение, выполнение основных плановых показателей - индикаторов качества организации деятельности;
- **процесса** - выполнение стандартов психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности;

- *результата* – достаточный уровень потенциальной способности больного человека выполнять жизненные цели через необходимые формы поведения и воспроизводство средств их реализации, а также достижение качественного, объективного и всестороннего судебно-психиатрического экспертного заключения, которое может быть принято как доказательство по делу (уголовному, гражданскому или административному).

В создании системы мониторинга организации *структуры* психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических экспертных учреждений, с целью постоянного обеспечения ее качества, существенное значение имеет получение информации о соответствии структуры указанных учреждений требованиям существующего законодательства.

Одним из механизмов получения этих данных является их лицензирование. Лицензирование оказания психиатрической помощи, в том числе судебно-психиатрической экспертной деятельности, направлено главным образом на обеспечение безопасности пациентов. Порядок проведения лицензирования регламентирован Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.01 г. №128-ФЗ, Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.02.02 г. № 135 «О лицензировании отдельных видов деятельности»; Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2000 г. №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

Лицензирование оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Дополнительные лицензионные требования, предъявляемые к условиям осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности, соответствуют ст. 11 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В рамках лицензирования возможен мониторинг следующих параметров:

- наличие зданий и помещений, используемых на законном основании;
- наличие структуры учреждения, соответствующее требованиям действующего законодательства;
- наличие оборудования, позволяющего в процессе оказания психиатрической помощи и экспертного исследования использовать все необходимые диагностические исследования;
- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований;
- кадровая обеспеченность учреждения, наличие сотрудников, занятых в оказании психиатрической помощи и производстве СПЭ, уровню их подготовки и квалификации.

Требования к профессиональной подготовке медицинского и прочего персонала сформулированы в виде квалификационных требований. Те что, действуют сегодня, не в полной мере отвечают современным потребностям и нуждаются в коррекции. В целях мониторинга уровня квалификации специалистов необходимы современные стандарты подготовки персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи и проведении судебно-психиатрических экспертиз, а также механизмы, позволяющие отследить выполнение этих стандартов.

Мониторинг указанных выше параметров осуществляется раз в пять лет. Однако, по результатам плановых и внеплановых проверок, проводимых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации и ее территориальными органами, в судебном порядке возможна инициация процесса лицензирования в более короткие сроки.

В настоящее время мониторинг результатов оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности на уровне учреждения осуществляется на основании анализа данных статистических форм государственной отчетности, как правило, с

периодичностью раз в год. Это затрудняет принятие оптимальных управленческих решений, направленных на постоянное повышение качества психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности.

В дополнение к ним необходима разработка оптимальных моделей оценки качества и эффективности деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, ориентированных на особенности различных регионов страны.

Такие модели позволяют суммировать полученные результаты и оценить качество и эффективность работы учреждения по определенным показателям (индикаторам). Индикаторы качества деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, формирующие оптимальные модели оценки качества и эффективности и методы их получения и расчета представлены в приложении 1. При этом результаты, достигнутые за месяц, квартал, год сопоставляются с нормативными величинами и могут оцениваться в баллах. Нормативы показателей для каждого учреждения должны определять экспертным путем с учетом территориальных особенностей, уровнем развития службы на данном этапе и ее ресурсного обеспечения.

Оптимальный контроль с использованием моделей оценки качества и эффективности деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений, управление и планирование деятельности учреждения возможны при создании автоматизированных информационных систем, основанных на использовании интеллектуального банка информации. Путем накопления и обработки больших массивов данных, банк обеспечивает получение необходимой информации для оценки качества и эффективности деятельности учреждения (структурного подразделения), управления им и планирования дальнейшей работы.

Мониторинг выполнения стандартов оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы обеспечивает качество лечебно-диагностических и экспертных технологий, т.е. *процесс* оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности. В его рамках стандартизация оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы рассматривается как путь достижения достаточного уровня потенциальной способности больного человека выполнять жизненные цели через необходимые формы поведения и воспроизводство средств их реализации, а также достижения качественного, объективного и всестороннего судебно-психиатрического экспертного заключения, которое может быть принято как доказательство по делу (уголовному, гражданскому или административному).

Стандартизация медицинской помощи, в том числе оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертной деятельности, регламентирована приказом МЗ РФ и ФФОМС от 19.01.1998 г. №12/2 «Основные положения стандартизации в здравоохранении». Они разработаны на основе норм, декларированных федеральными законами, а также принципов, правил и требований, установленных в стандартах Государственной системы стандартизации РФ, практического опыта отечественной и международной стандартизации, с учетом Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и специфики отрасли. Мониторинг выполнения стандартов оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы, содержащие требования к лечебно-диагностическим и экспертным технологиям, может служить средством объективной оценки ее качества и, тем самым, инструментом ее обеспечения.

7. Мониторинг выполнения стандартов психиатрической помощи, индикаторы и система оценки качества психиатрической помощи

Одним из основных факторов создания системы качественной и

доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории Российской Федерации *порядков* и *стандартов* оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях и патологических состояниях, включая психические расстройства.

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. декларирует, что стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с показателями Программы государственных гарантий, и их выполнение гарантируется гражданам на всей территории Российской Федерации.

Создание стандартов психиатрической помощи и производства судебно-психиатрических экспертиз позволит рассчитать реальную стоимость указанных услуг в каждом субъекте Российской Федерации, определить затраты на реализацию государственных и территориальных программ психиатрической помощи населению, рассчитать необходимое лекарственное обеспечение этих программ (список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств), обосновать подушевые нормативы финансирования и оптимизировать варианты проведения реструктуризации сети психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений.

Внедрение порядков оказания психиатрической помощи и производства судебно-психиатрических экспертиз позволит оптимизировать их этапность, использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений с учреждениями здравоохранения, социального обеспечения и правоохранительных органов, обеспечить преемственность в ведении больного на всех амбулаторных и стационарных этапах, что значительно повысит качество психиатрической помощи и судебно-психиатрических экспертиз.

Порядки и стандарты оказания психиатрической помощи и производства судебно-психиатрических экспертиз выступают основой

программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующих современному уровню развития психиатрии и обязательных к исполнению.

Одним из главных элементов обеспечения качества следует рассматривать разработку профессиональными сообществами (ассоциациями) клинических рекомендаций (руководств), содержащих сведения по профилактике, диагностике, лечению психических расстройств, которые будут служить основой для разработки стандартов оказания психиатрической помощи и производства судебно-психиатрических экспертиз, а также индикаторов качества лечебно-диагностического и экспертного процессов.

Такой подход к формированию алгоритма ведения больных и производства судебно-психиатрических экспертиз помогает лечащим врачам и врачам-экспертам планировать лечебно-диагностический и экспертный процесс с учетом реальных возможностей психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений. Руководители указанных учреждений могут оценивать качество оказания психиатрической помощи и производства судебно-психиатрических экспертиз по критериям полноты выполнения обязательных лечебно-диагностических и экспертных мероприятий, а также сравнивать качество работы отдельных врачей и подразделений и внедрять дифференцированную оплату труда.

Для оценки качества и эффективности деятельности как психиатрического (амбулаторного и стационарного) учреждения в целом, так и его отдельных подразделений необходима разработка стандартов, которые предъявляют требования к ресурсному обеспечению, технологиям, результатам и отражают уровень оказания медицинской помощи.

В настоящее время формируются единые подходы к созданию системы стандартизации. Введены в действие нормативные документы, утвержденные МЗ РФ, регламентирующие основные положения стандартизации в здравоохранении (приказы МЗ РФ: №12/2 от 19.01.1998 г.;

№354 от 8.12.1998 г., №374 от 22.12.1998 г.), Отраслевой стандарт «Протоколы ведения больных. Общие требования» (Пр. № 303 от 9.08.1999 г.), Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» (Пр. №113 от 10.04.2001г.), Отраслевой стандарт «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав» (Пр. №269 от 16.07.2001 г.), Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (2004 г.).

Структура Отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования» наряду с разделами, отражающими требования к технологии оказания психиатрической помощи при определенных нозологических, синдромальных и ситуационных моделях пациентов, содержит и раздел «Исходы». Предполагается, что соответствие достигнутых результатов тем, что регламентированы стандартом, явится критерием качества оказания помощи конкретному пациенту. Уровень соответствия достигнутых результатов требованиям стандартов (доля случаев выполнения стандартов в общей численности пролеченных) оценивает работу учреждения в целом. В настоящее время ведутся работы по подготовке протоколов ведения больных психическими расстройствами.

Система оценки качества и эффективности психиатрической службы должна быть многофакторной, использующей как модели конечных результатов, оценивающих качество и эффективность деятельности организационных структур психиатрической помощи, так и стандарты качества, оценивающие состояние больного на момент окончания лечения.

Требования к качеству лечебно-реабилитационного процесса в части достигнутых результатов является составной частью протоколов ведения больных и клинических протоколов учреждений, которые должны быть разработаны на основе федеральных протоколов ведения больных психическими расстройствами (утверждены XV съездом Российского общества психиатров, декабрь 2010 г.) в каждом психиатрическом учреждении.

Для оценки качества и эффективности деятельности психиатрического

(амбулаторного и стационарного) учреждения в целом и его отдельных подразделений наряду с клиническими протоколами и стандартами медицинской помощи предлагается использование моделей оптимизации деятельности психиатрических учреждений (подразделений). Модели оптимизации позволяют суммировать полученные результаты и оценить качество и эффективность работы учреждения по определенным показателям. При этом достигнутые значения показателей деятельности (результаты) за месяц, квартал, год сопоставляются с нормативными величинами и оцениваются в баллах.

Оптимальный контроль качества и эффективности деятельности психиатрического (амбулаторного и стационарного) учреждения с использованием моделей оптимизации, ее управление и планирование возможны при создании автоматизированных информационных систем, основанных на использовании так называемого интеллектуального банка информации или регистра больных психическими расстройствами. Эта прогрессивная концепция обеспечивает системный подход за счет анализа постоянно пополняемой информации о каждом больном. Путем накопления и обработки больших массивов данных, банк обеспечивает получение необходимой для управления информации.

Данные, характеризующие состояние больного на текущий момент, отражаются в постоянно формируемых электронных “блоках текущего состояния”.

Одним из основных структурных элементов банка информации является комплекс моделей оптимизации деятельности учреждений и их подразделений, облегчающий выбор управляющего решения и обеспечивающий обратную связь в целях контроля его эффективности. В качестве моделей оптимизации приняты подобранные с помощью экспертных оценок комплексы взаимосвязанных систем индикаторов качества деятельности психиатрического (амбулаторного и стационарного) учреждения, системных нормативов и оценочных шкал, отражающих

качество осуществления лечебно-реабилитационных программ. Такая методика в известном смысле условна, однако одинаковые условия деятельности сходных подразделений повышают объективность оценки.

Системные индикаторы качества психиатрической помощи - это важнейшие характеристики деятельности психиатрического учреждения, управляя которыми возможно поддержание его функционирования в соответствии с поставленной целью.

Они подразделяются на два вида: стимулирующие, отражающие существенные аспекты деятельности каждого учреждения, и ограничительные, выявляющие погрешности в осуществлении программ и исключающие возможность достижения высоких показателей в ущерб требованиям преемственности. Системным индикаторам качества могут быть приданы нормативные значения, которые зависят от уровня развития службы данной территории и от фактически достигнутых показателей. Аналогичным образом разрабатываются, с учетом ранга каждого индикатора, оценочные шкалы, позволяющие выразить в баллах отклонения достигнутых результатов от нормативных.

Основными индикаторами качества и эффективности деятельности амбулаторного психиатрического учреждения должны стать следующие показатели:

- объём и многообразие форм пропаганды здорового образа жизни и консультирование по вопросам поддержания и улучшения психического здоровья человека;
- уровень диспансеризация населения с выделением групп риска по развитию психических заболеваний и разработка индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение);
- диспансерное наблюдение за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными;

- доля здоровых людей всех возрастных групп из общего числа прикрепленного населения и процент ранних стадий психических расстройств среди всех впервые выявленных;

- обеспечения населения (впервые заболевших и лиц с обострением хронического заболевания) скорой и неотложной психиатрической помощью;

- число занятых должностей врачей-психиатров, работающих на амбулаторном приёме (на 1000 населения);

- доля врачей, имеющих квалификационную категорию;

- число психически больных, направленных на повторную госпитализацию в течение 3-х – 12-ти месяцев после выписки;

- определения необходимости (или отсутствия необходимости) в госпитализации больного в стационар;

- проведения комплекса диагностических и лечебных мероприятий при патологических состояниях, не требующих непрерывного круглосуточного наблюдения:

- организации оптимальной этапности долечивания больного («стационар на дому», дневной и ночной стационары, амбулаторные отделения восстановительного лечения и реабилитации, хоспис) и осуществления активного или пассивного патронажа;

- количество больных, восстановивших полную или частичную функциональную независимость и трудоспособность, среди всех пролеченных.

Стационарная помощь является неотъемлемой частью системы оказания специализированной помощи больным психическими расстройствами. Естественно, она является более затратной, по сравнению с амбулаторно-поликлинической помощью, в расчете на пользованного больного. Вследствие этого в последние годы довольно острой и широко обсуждаемой стала проблема сокращения коечного фонда с одновременным уменьшением сроков пребывания больных в стационарах и расширением лечебной и

реабилитационной базы в амбулаторно-поликлинической сети. Эта проблема касается деятельности и специализированной психиатрической службы.

Реорганизацию помощи лицам, страдающим психическими расстройствами целесообразно производить по следующим направлениям:

а) оказание специализированной психиатрической помощи осуществлять преимущественно в амбулаторных и полустационарных условиях. Для этого необходимо резко увеличить обеспеченность населения местами в дневных и ночных стационарах (до 4,0 – 5,0 на 10 тыс. населения) и перевести не менее 20% стационарных психиатрических коек на работу в режиме дневного/ночного стационара. Значительно увеличить число штатных должностей в амбулаторных и полустационарных подразделениях (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, среднего медицинского персонала), создать в них клиничко-диагностические и лабораторные структуры; расширить организацию «стационаров на дому», обеспечив их врачей и медсестер полноценным арсеналом лекарственных средств и автотранспортом;

б) параллельно с расширением амбулаторных и полустационарных форм оказания психиатрической помощи, приступить к реорганизации стационарной. Для этого необходимо вывести из стационаров всех утративших жильё и социальные связи хронических больных, не представляющих опасности для себя и окружающих, в учреждения социальной защиты, специализированные общежития и квартиры (социальное жильё), платные отделения сестринского ухода. Сокращение психиатрических коек может проводиться только после создания условий для получения больными полноценной психиатрической помощи в амбулаторных и полустационарных звеньях. Требуется ограничить показания для пребывания в психиатрическом стационаре лишь необходимостью неотложной госпитализации, принудительного лечения, экспертизы, диагностики и подбора адекватной терапии в стационарных условиях;

в) интеграция психиатрической помощи с общесоматической должна проводиться путём значительного расширения числа психосоматических отделений в структуре многопрофильных больниц.

Основными индикаторами качества и эффективности деятельности стационарного психиатрического учреждения должны стать следующие показатели:

- доля больных, получающих психиатрическую помощь в условиях стационара;
- обеспеченность населения койками для лечения психически больных;
- использование психиатрического коечного фонда;
- число занятых должностей врачей-психиатров, работающих в стационаре (на 1000 населения);
- доля врачей, имеющих квалификационную категорию;
- число повторных госпитализаций в течение 3-х месяцев после выписки;
- количество больных, восстановивших полную или частичную функциональную независимость и трудоспособность, среди всех пролеченных;
- госпитальной летальности;
- количество внутрибольничных суцидов;
- количество внутрибольничных агрессивных действий психически больных.

Оценка моделей оптимизации в баллах обеспечивает сравнимость результатов деятельности различных учреждений и их подразделений. В случае если учреждения обслуживают одинаковые группы больных, их деятельность может быть оценена с помощью одной модели оптимизации.

Путем обработки учетной документации формируются информационные таблицы, содержащие показатели деятельности психиатрических учреждений и их подразделений, необходимые для оперативного управления с помощью моделей оптимизации. Показатели

деятельности сравниваются с моделью оптимизации и вычисляются отклонения от нормативных показателей. Их значения оцениваются по оценочным шкалам. Суммарный балл по стимулирующим показателям за вычетом суммарного балла по ограничительным показателям составляет общий балл, отражающий уровень выполнения программы. Системные показатели различных подразделений сочетаются таким образом, что получение высокого балла возможно лишь при осуществлении полной преемственности в деятельности различных подразделений. Анализ балльных оценок по каждому из индикаторов качества является основой для принятия руководителем решений, оптимальность которых контролируется последующими изменениями суммарного балла. Сочетание показателей, отражающих основные индикаторы качества деятельности, являются моделями конечных результатов тех подразделений, для которых они разработаны, и для службы в целом. Полнота и объективность получаемой информации позволяет осуществлять управление на всех уровнях с минимальным риском принятия некомпетентных решений.

При достижении более высоких показателей, чем предусматривалось системными нормативами, а также в случае выявления дефектов модели оптимизации, система управления переходит на уровень принятия тактического решения. На этом этапе анализируются отклонения достигнутых показателей от нормативных значений, и если отклонения оказываются устойчивыми, система, с учетом накопленных знаний, предлагает варианты корректировки моделей оптимизации, из которых руководитель может выбрать оптимальный.

Не исключается ситуация, когда изменение модели может, несмотря на рост показателей балльной оценки, отрицательно сказаться на осуществлении лечебно-реабилитационных программ у некоторых категорий больных. Для контроля за тем, как сказывается принятое решение на здоровье обслуживаемого контингента, предусмотрена обратная связь, которая осуществляется путем постоянного слежения за динамикой

“показателя здоровья”. Этот показатель исчисляется при анализе блоков текущего состояния, в которых каждому из факторов присваивается, с учетом его ранга, численное значение. Совокупность этих значений оценивает состояние больного в конкретный момент, а сумма этих оценок является “показателем здоровья” отдельных контингентов или всей совокупности больных. Решение руководителя может считаться верным, если происходит не только нормализация балльной оценки, но и повышение “показателя здоровья”. В противном случае поиски оптимального решения должны быть продолжены.

Предполагается, что корректировка модели оптимизации возможна лишь в пределах, предусмотренных заложенными в систему ограничениями, что определяет границы тактического управления, при достижении которых система переходит на следующий уровень - уровень стратегического управления.

Кроме использования моделей конечных результатов, служащих главным образом для оценки качества и эффективности деятельности психиатрического (амбулаторного и стационарного) учреждения и его организационных структур, необходимо изучать качество диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий применительно к каждому больному. Этой цели служат стандарты качества медицинской, в том числе и психиатрической помощи.

Стандарты оказания медицинской помощи, содержащие требования к медицинским технологиям, оборудованию и инструментарию, условиям содержания пациентов, уровню квалификации специалистов могут служить средством объективной оценки ее качества.

Механизм контроля качества деятельности каждого психиатрического учреждения обеспечивается пятиступенчатой системой оценки качества: от федеральной службы по надзору в области здравоохранения и социального развития, органов управления здравоохранением территории до заведующего отделением.

Система оценки качества должна включать :

- стандарты качества, определяющие объемы лечебно-диагностических и реабилитационных процедур;
- критерии качества, отражающие требования к психическому и социальному статусу больного на момент окончания лечения;
- планируемые значения индикаторов оценки качества деятельности психиатрической службы, оценочные шкалы и оценку в соответствии с ними результатов работы;
- порядок обеспечения контроля качества.

Система контроля качества имеет многоступенчатый характер. На первой ступени контроль качества обеспечивается заведующими подразделениями, при этом оценивается уровень качества диагностики, лечения и психосоциальной реабилитации каждого пролеченного больного. Это делается на основе изучения истории болезни и самого больного по стандартам и критериям качества.

На этом этапе для оценки деятельности персонала стационарных подразделений определяется “уровень качества лечения” на основе выполнения требований стандартов и критериев качества соответствующих клинико-экономических стандартов больных, которым принадлежат больные, пролеченные каждым врачом. Уровень качества лечения (УКЛ) определяется по формуле:

$$СК+КК$$

УКЛ= -----, где :

$$200$$

- СК - стандарты качества;
- КК - критерии качества, определяемые по оценочным шкалам.

На второй ступени производится (по той же методике) оценка качества лечения больного участковым врачом, направившим больного на лечение.

На третьей ступени - контроль качества осуществляется заместителем

главного врача совместно с заведующими подразделений и с привлечением, в необходимых случаях, участковых врачей один раз в месяц. Проверке подвергается 20% историй болезни пролеченных больных. Определяется уровень качества и контролируется соответствие его оценке, выставленной заведующим подразделением.

Четвертая ступень оценки деятельности подразделения обеспечивается экспертной комиссией психиатрического учреждения. Она проводится раз в месяц путем сравнения достигнутых показателей с планируемыми показателями модели оптимизации деятельности учреждения.

Пятая ступень - оценка деятельности психиатрического учреждения экспертной комиссией регионального органа управления здравоохранением (модели оптимизации и выполнение клинических стандартов учреждений).

Шестая ступень - оценка деятельности учреждений представителями Федеральной службы по надзору в области здравоохранения и социального развития должна включать как оценку выполнения моделей оптимизации деятельности психиатрических учреждений, так и выполнения требований клинических стандартов учреждений.

Таким образом, система контроля качества и эффективности оказания психиатрической помощи должна быть комплексной. Выполнение требований по соблюдению стандартов качества лечения и реабилитации каждого больного и достижение основных показателей деятельности учреждений (их структурных подразделений и службы в целом), разработанных в соответствии с главной целью психиатрической службы – возвращении больных в общество на максимально возможном социальном уровне с учетом их клинических особенностей, позволит оценивать качество и эффективность деятельности психиатрических учреждений, влиять на него путем адекватного планирования, управления и финансирования.

8. Мониторинг выполнения стандартов медицинской помощи в области судебно-психиатрической экспертизы

Стандарты медицинской помощи в области судебно-психиатрической экспертизы разработаны на основании нормативного документа системы стандартизации протокола ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» (утвержден Минздравсоцразвития России 23.05.2005г.). Основные положения протокола соответствуют действующему законодательству в области производства судебно-психиатрической экспертизы, в том числе статьям Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности». В частности ст.8 указанного Федерального закона, которая гласит: «эксперт проводит исследование объективно, на строго научной и практической основе ...всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных». Настоящий нормативный документ устанавливает совокупность норм и правил, которым должны соответствовать принципы, порядок и условия проведения судебно-психиатрической экспертизы, объем экспертного исследования, принципы составления экспертного заключения и т.п.

Протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» включает в себя, главным образом требования к технологии проведения экспертного исследования различных моделей подэкспертных. Под «моделями подэкспертных» понимаются группы лиц, направленных на СПЭ, объединенных общими характеристиками, в том числе, потребностью в одинаковых по видам и объемам экспертных исследованиях, необходимых для вынесения экспертного решения.

Лица, направляемые на судебно-психиатрическую экспертизу, далеко не всегда страдают психическими расстройствами. В большинстве случаев экспертиза назначается и производится в условиях диагностической

неизвестности. Объем и виды диагностических методов, используемых в процессе экспертного исследования, главным образом зависят от того, какой вид СПЭ назначен правоохранительными органами: амбулаторная или стационарная, однородная или комплексная и т.п. Эти обстоятельства заставляют отказаться от нозологического принципа при формировании моделей пациентов и являются основанием для использования при дифференциации контингентов подэкспертных принципа клинической ситуации, т.е. условий, в которых проводилась судебно-психиатрическая экспертиза.

Для каждой из выделенных моделей подэкспертных в рамках стандартов разработаны требования к видам и объемам диагностических исследований, срокам их проведения, специалистам, участвующим в их осуществлении и частоте их привлечения. Содержание этих требований зависит от ряда критериев, отражающих клинические, социально-демографические и экономические особенности моделей пациентов, определяющих указанные требования.

Клинические критерии, т.е. нозологическая и синдромальная принадлежность подэкспертных, определяют выбор необходимых диагностических процедур и служат критериями, позволяющими оценить качество заключения проведенной экспертизы и рекомендаций по применению мер медицинского характера.

Социально-демографические критерии влияют, главным образом, на выбор условий проведения СПЭ, методы экспертного исследования и нагрузку экспертов, определенную нормативными документами, следовательно, и на стоимость производства того или иного вида СПЭ. К ним относятся: пол; возраст; юридический статус.

Пол подэкспертного определяет привлечение для женщин более широкого круга исследований и привлекаемых специалистов; предусматривает различия в содержании (раздельное содержание мужчин и женщин).

Возраст подэкспертных необходимо учитывать в связи с особенностями содержания несовершеннолетних и различиями в нормативных нагрузках экспертов при проведении амбулаторной СПЭ.

Юридический статус (подозреваемый, обвиняемый, истец, ответчик и т.д.) также влияют на объем диагностического исследования. Содержание под стражей или ее отсутствие влияют на условия проведения СПЭ и на экономические составляющие – содержание охраны.

Под нормативами вкладываемых ресурсов следует понимать штаты, участвующие в проведении СПЭ, их заработную плату, начисления на нее, содержание помещения, где размещается экспертное отделение, виды и стоимость дополнительных методов обследования, питание испытуемых при стационарных видах СПЭ, оборудование и инвентарь, сроки пребывания подэкспертного в СПЭУ. Указанные параметры являются экономическими критериями формирования «Протоколов».

Диагностические мероприятия, необходимые для проведения экспертного исследования, представлены в виде так называемых «медицинских работ и услуг».

Соответствие фактически проведенного диагностического исследования требованиям, регламентированным протоколом и разработанными на его основе стандартами медицинской помощи в области СПЭ (амбулаторные и стационарные), и является критерием качества проведения судебно-психиатрической экспертизы в плане полноты экспертного исследования, достаточного для вынесения достоверного экспертного заключения. Уровень соответствия достигнутых результатов требованиям стандартов (доля случаев выполнения стандартов в общей численности прошедших СПЭ) оценивает работу учреждения в целом.

Для проведения мониторинга выполнения стандартов разработана карта мониторинга (см. приложение 2).

Мониторинг выполнения стандартов, кроме оценки качества судебно-психиатрических экспертных исследований, позволяет корректировать

заложенные в них требования и актуализировать их на новом уровне.

9. Мониторинг качества результатов судебно-психиатрической экспертизы – экспертных заключений

Проблема мониторинга результатов судебно-психиатрической экспертной деятельности отличается от мониторинга в других областях здравоохранения и представляется более сложной.

Это обусловлено тем, что оценка качества судебно-психиатрической экспертной деятельности носит межведомственный характер. С одной стороны качество проведенной судебно-психиатрической экспертизы оценивает суд, следователь, прокурор. С другой стороны, не посягая на независимость эксперта, о нем судят руководители того судебно-психиатрического экспертного учреждения и подразделения, в котором проводилась экспертиза.

Заключение эксперта (комиссии экспертов) – одно из видов доказательств, предусмотренных процессуальным законодательством. Будучи, прежде всего, процессуальным документом, заключение является результатом экспертизы и составляется по итогам проведенного экспертного судебно-психиатрического (медицинского) исследования. Таким образом, заключение судебно-психиатрического эксперта это в определенной части (клиническое психиатрическое исследование) и медицинский документ, и, одновременно с этим, отраслевая учетная форма (№ 100/у-03).

Следует иметь в виду, что результатом судебно-психиатрической экспертизы может быть и (в соответствии со ст. 198 и 206 УПК) «Сообщение эксперта о невозможности дать заключение», которое составляется, когда в результате проведенного исследования не удалось решить ни одного из поставленных вопросов.

Многозначность заключения эксперта (комиссии экспертов) определяет сложность мониторинга качества результатов судебно-

психиатрической экспертизы – экспертного заключения.

К сложности оценки качества заключения эксперта следует отнести и обязательное условие экспертизы – процессуальную независимость эксперта.

Таким образом, мониторинг заключения это не только многоуровневый, но и многоаспектный процесс оценки качества экспертного исследования.

Уровни оценки результата мониторинга судебно-психиатрической экспертной деятельности определяются не только функциональными обязанностями заведующих отделениями, руководителей экспертных учреждений, регламентом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции, по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы. В этой деятельности заложена система экспертных оценок содержательной составляющей результатов экспертизы.

Так в общей теории судебных экспертиз (одной из разновидностей которых является судебно-психиатрическая экспертиза) основными гарантиями надежности экспертных выводов считается квалификация и опыт эксперта, правильность выбора им методик и методов, полнота проводимых исследований и пр.

Руководитель экспертного учреждения (отделения) несет ответственность за обученность, сертификацию экспертов, значит, обеспечивает квалифицированное проведение судебно-психиатрической экспертизы. Правильность выбора экспертом методов, методик, полнота проводимых исследований обеспечивается вытекающим из дифференциальной диагностики применением «Протокола ведения больных. Судебно-психиатрической экспертизы».

Важным звеном в системе экспертных оценок результатов судебно-психиатрических экспертиз является контроль качества судебно-психиатрической экспертизы всех экспертных учреждений страны на основании изучения копий заключений судебно-психиатрических

экспертных комиссий, порученных ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития РФ (письмо Минздрава России № 2510/3493-03-32 от 04.04.2003 г.)

Возвращаясь к многозначности заключения эксперта как процессуального, медицинского и отчетного документа следует подчеркнуть, что анализ копий заключений касается, прежде всего, оценки качества медицинского аспекта судебно-психиатрической экспертизы, т.к. анализируются полнота, научная обоснованность анализа, статуса, доказательность диагноза.

Как отчетный документ заключение эксперта в совокупности с другими отчетными документами позволяет выявлять общие тенденции судебно-психиатрической экспертизы в стране для прогноза и принятия административных решений, направленных на оптимальное решение проблем. Например, уменьшение числа стационарных видов экспертиз и увеличение амбулаторных, изменение удельного веса того или иного вида рекомендуемого принудительного лечения и пр.

10. Оценка и использование результатов мониторинга судебно-психиатрической экспертной деятельности

Оценка результатов мониторинга (т.е. система оценки качества и эффективности) деятельности судебно-психиатрического экспертного учреждения должна включать:

- выполнение стандартов медицинской помощи в области судебно-психиатрической экспертизы, определяющие объемы диагностических и экспертных процедур;
- критерии качества, оценивающие достоверность и полноту экспертного заключения;
- планируемые конечные результаты деятельности судебно-психиатрических экспертных учреждений, их подразделений, службы в

целом, их значения, оценочные шкалы и оценку в соответствии с ними результатов работы;

- экспертная оценка руководителей подразделения и судебно-психиатрического экспертного учреждения;
- оценка суда, следователя, прокурора;
- комплексная оценка результатов деятельности судебно-психиатрического экспертного учреждения и экспертиза качества составления экспертных заключений, осуществляемая специалистами ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития РФ, являющегося научно-методическим центром в области судебно-психиатрической экспертизы.

Проведение мониторинга, анализ результатов деятельности судебно-психиатрических экспертных учреждений (отделений) и принятие управленческих решений носит многоуровневый характер.

На *первом уровне* эти процессы осуществляются заведующим судебно-психиатрическим экспертным отделением в рамках своих функциональных обязанностей и в соответствии с требованиями Положения о судебно-психиатрическом экспертном отделении (отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, судебно-психиатрического экспертного стационарного отделения для лиц, содержащихся под стражей, и судебно-психиатрического экспертного стационарного отделения для лиц, не содержащихся под стражей).

В частности, организация мониторинга и анализ результатов деятельности судебно-психиатрического экспертного отделения осуществляется *заведующим отделением* в постоянном режиме. В его обязанности входит:

- контроль за заполнением первичной документации для осуществления мониторинга врачами судебно-психиатрическими экспертами – сотрудниками экспертного отделения (приложение 2);

- выполнение штатных нормативов по нагрузке (количество СПЭ на 1 должность врача судебно-психиатрического эксперта, психолога-эксперта и др., регламентированных действующими нормативными документами) и плановых значений индикаторов оценки качества организации судебно-психиатрической экспертной службы (см. приложение 2);

- состояние экспертной и лечебной работы в отделении и их соответствия действующим стандартам медицинской помощи, законодательным и иным юридическим нормам осуществляется при проведении консультативных осмотров подэкспертных, и изучения 100% медицинской документации (карта стационарного и/или амбулаторного больного);

- соблюдение обоснованности назначаемого лечения, особенно лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, в соответствии с действующими стандартами осуществляется путем консультативных осмотров и изучения 100% медицинской документации;

- соблюдение сроков проведения СПЭ и своевременности его продления в судебном порядке, регламентированных действующим законодательством и нормативными актами (протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза»).

- своевременность составления документов по результатам проведения экспертного исследования (заключений СПЭ, сообщений о невозможности дать заключение).

- соответствия экспертного заключения и сообщения о невозможности дать заключение требованиям процессуального законодательства, а также нормативным документам, регламентирующим организацию СПЭ.

На *втором уровне* проведение мониторинга и анализ его результатов осуществляется лицом, исполняющим функции руководителя судебно-психиатрического экспертного учреждения. При проведении анализа

результатов мониторинга он действует в рамках своих функциональных обязанностей и в соответствии с требованиями Положения о судебно-психиатрическом экспертном отделении (отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, судебно-психиатрического экспертного стационарного отделения для лиц, содержащихся под стражей и судебно-психиатрического экспертного стационарного отделения для лиц, не содержащихся под стражей).

В частности, оценка результатов мониторинга судебно-психиатрической экспертной деятельности осуществляется руководителем психиатрического учреждения, в структуре которого организовано специализированное судебно-психиатрическое экспертное отделение (отделения), либо его заместителем по экспертной работе в случае, если ему переданы права и обязанности по руководству судебно-психиатрической экспертной деятельностью. Проверки осуществляются путем проведения еженедельных обходов и изучения не менее 20% медицинской документации 1 раз в месяц.

Лицо, исполняющее функции руководителя судебно-психиатрического экспертного учреждения обязано осуществлять анализ¹:

соблюдения сроков производства экспертиз, полноты и качества проведенных исследований (в соответствии с требованиями протокола ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» и соответствующих стандартов медицинской помощи), не нарушая принципа независимости экспертов – путем изучения не менее 20% медицинской документации подэкспертных каждого судебно-психиатрического экспертного отделения;

- своевременности направления по окончании исследований экспертного заключения вместе с подпиской об ответственности экспертов за дачу заведомо ложного заключения лицу или органу, назначившим экспертизу, а также возврата указанным лицу или органу материалов дела и всех иных

¹ В соответствии с Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ст. 14.).

материалов и объектов исследования, которые были предоставлены в распоряжение экспертов - не реже 1 раза в неделю;

- своевременности составления врачами судебно-психиатрическими экспертами ходатайств о необходимости продления времени содержания подэкспертных в стационарном отделении и своевременности их отправки в суд - путем изучения не менее 20% медицинской документации каждого судебно-психиатрического экспертного отделения;

- своевременности выписки подэкспертных из стационарного отделения в связи с окончанием экспертизы, предстоящим истечением срока содержания подэкспертного под стражей, тяжелым заболеванием, несовместимым с пребыванием в судебно-психиатрическом стационаре и пр. - путем изучения не менее 20% медицинской документации каждого судебно-психиатрического экспертного отделения;

- обеспечения условий, необходимых для проведения исследований (оборудование, приборы, специализированные помещения, материалы и средства информационного обеспечения; обеспечение безопасности и соблюдения правил санитарии; условия, необходимые для сохранности представленных экспертам объектов и материалов);

- качества экспертного исследования, его полноты, объективности и научной обоснованности – соответствие требованиям протокола ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» - путем изучения не менее 20% медицинской документации 1 раз в месяц;

- выполнения плановых значений индикаторов оценки качества организации судебно-психиатрической экспертной деятельности (см. приложение 1) – не реже 1 раза в месяц.

На *третьем уровне* мониторинг проводится представителями территориальных органов управления здравоохранения.

Контроль качества проведения экспертного исследования и составления экспертного заключения осуществляет ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского»

Минздравсоцразвития РФ в рамках консультативно методической помощи СПЭУ субъектам Российской Федерации. Оценка качества и достоверности экспертного заключения в рамках производства по конкретному уголовному или гражданскому делу, осуществляется лицом (органом), назначившим экспертизу.

Анализ результатов мониторинга деятельности судебно-психиатрических экспертных учреждений (отделений) осуществляется уполномоченными представителями территориальных органов управления здравоохранением, что необходимо для адекватного планирования, управления и финансирования службы, с целью повышения качества деятельности указанных учреждений, а также представителями территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях соблюдения качества организации деятельности СПЭУ, полноты экспертных исследований и соблюдения прав подэкспертных.

Они осуществляют проверку следующих аспектов организации судебно-психиатрической экспертной деятельности:

- соблюдение государственных стандартов, технических условий осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности;
- качество, эффективность, безопасность, оборот и порядок использования лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- состояние материально-технической базы экспертных учреждений, ее соответствие установленным нормативам;
- кадровое обеспечение, уровень профессиональной подготовки специалистов, медицинского и иного персонала, участвующих в проведении экспертного исследования;
- организация питания и лекарственного обеспечения лиц, находящихся на судебно-психиатрической экспертизе;

• выполнение плановых значений «индикаторов оценки качества» организации судебно-психиатрической экспертной деятельности (см. приложение 1).

Каждое экспертное заключение подлежит проверке и оценке следователем (судом). Проверке и оценке подлежат:

1) соблюдение требований закона при проведении экспертных исследований и составлении заключения;

2) достаточность квалификации (специальной подготовки) экспертов для формулирования ими выводов и находятся ли выводы в пределах специальных познаниях экспертов;

3) полнота экспертных исследований и экспертного заключения;

4) научная обоснованность методов исследования и экспертных выводов;

5) определение места экспертных выводов в системе других доказательств собранных по делу.

Таким образом, проверка и оценка экспертного заключения следователем или судом проводится так же, как проверка и оценка судебных доказательств (ст.ст. 87,88 УПК; ст. 67 ГПК).

В процессе проверки и оценки заключения может возникнуть необходимость выяснить или уточнить какие-то обстоятельства у самого эксперта, в этом случае следователь (суд) может допросить его для уточнения и разъяснения содержащихся в заключении специальных терминов, формулировок для получения дополнительных сведений относящихся к проведенной экспертизе и т.п.

По результатам проверки и оценки экспертного заключения следователь (суд) может либо отклонить экспертные выводы (часть экспертных выводов), мотивировав свое несогласие с ними, либо согласиться с выводами экспертов и положить их в основу принимаемых процессуальных решений.

В случае возникновения сомнений в обоснованности и правильности выводов экспертизы или при наличии противоречия в выводах эксперта (экспертов) назначается повторная экспертиза.

Несмотря на то, что назначение повторной экспертизы обусловлено сомнениями в том, что эксперт или эксперты справились с порученным им экспертным заданием, т.е. что качество проведенной экспертизы недостаточно, на практике поставить знак равенства между назначением повторной экспертизы и некачественно проведенной экспертизой невозможно.

11. Обеспечение информационной безопасности системы мониторинга деятельности психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений

Защита персональных данных граждан в Системе обеспечивается в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации за счет ведения перечня информационных ресурсов Системы и сведений об уровне их конфиденциальности, ведения единого каталога пользователей, их ролей и категорий, использования инфраструктуры открытых ключей электронной цифровой подписи и шифрования данных, поддержки обмена юридически значимыми электронными документами, обезличивания персональных данных, получаемых из медицинских информационных систем для централизованной обработки и хранения и при их передаче по каналам связи, использования организационно-режимных мер управления доступом к Системе и обеспечения физического разделения информации и ресурсов Системы, требующих различных мер и средств защиты.

12. Ожидаемый социально-экономический эффект от создания системы мониторинга

Вышеизложенная концепция мониторинга деятельности

психиатрических (амбулаторных и стационарных) и судебно-психиатрических учреждений разработана с целью постоянного повышения качества оказания населению обслуживаемой территории амбулаторной и стационарной психиатрической помощи, а также производства судебно-психиатрических экспертиз, в соответствии с законодательством Российской Федерации и государственными гарантиями медицинской помощи в регионах, с соблюдением законности в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, и подэкспертных. Внедрение индикаторов оценки качества обеспечивает также выполнение главной цели психиатрической помощи – возвращение пациента в общество на возможно более высоком социальном уровне с учетом клинической картины заболевания.

Предлагаемая система индикаторов может служить инструментом, позволяющим накапливать необходимую информацию, необходимую не только для осуществления контроля за организацией деятельности психиатрических и судебно-психиатрических экспертных учреждений, но и обеспечивать руководителям и сотрудникам этих учреждений достаточный объем информации, необходимой для принятия, в том числе, и адекватных управленческих решений.

В целом, реализация всех направлений Концепции создаст систему мониторинга, позволяющую оперативно управлять психиатрическими (амбулаторными и стационарными) и судебно-психиатрическими учреждениями и принимать адекватные решения по оказанию доступной и качественной психиатрической помощи и производству судебно-психиатрических экспертиз на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации в долгосрочной перспективе.