

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ) В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер

ОМСК

Актуальность преемственности в оказании психиатрической помощи

Организация психиатрической помощи в каждом регионе Российской Федерации имеет специфические черты, которые обусловлены как историческим путем развития психиатрической службы, так и многочисленными социальными, политическими, экономическими, культуральными, национальными, религиозными и иными факторами.

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в России является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения [1, 8]. Перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, прежде всего страдающих расстройствами шизофренического спектра.

В настоящее время психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают все более значительное место в системе психиатрической помощи и рассматриваются как самостоятельное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии [1]. Включение на всех этапах психиатрической помощи, наряду с адекватной фармакотерапией, адекватных психосоциальных лечебных и реабилитационных мероприятий является одной из актуальных задач современной психиатрии и требует специального изучения и формирования подходов для внедрения в практику.

Большое значение придается сокращению длительности пребывания на койке и профилактике повторных госпитализаций в стационар, что, в свою очередь, повышает нагрузку на внебольничную службу, ставя перед ней задачи по реабилитации больных, их трудоустройству, личностно-социальному восстановлению.

Если проанализировать изменения в психиатрической службе России за последние годы, то можно сказать, что итоги «деинституционализации» в психиатрии и резкие сдвиги показателей деятельности службы в нашей стране вызывают озабоченность, требуют анализа и серьезных выводов. Все очевиднее обозначается диссоциация между мероприятиями с тенденцией к совершенствованию организационно-методического уровня (обращение к биопсихосоциальному подходу, полипрофессиональному бригадному оказанию психиатрической помощи, развитию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, разработка новых форм психиатрической помощи, особенно осуществляющих деятельность реабилитационного характера, внедрение разработанных принципов сберегающе-превентивной реабилитации со сдвигом акцента на более ранние этапы течения болезни, сочетающей реабилитацию с профилактикой неблагоприятных последствий психических заболеваний и др.), которые идут в одном направлении, и организационно-структурными сдвигами, замедляющими развитие или идущими в противоположном направлении [3].

Особенности организации психиатрической службы в Омской области, значимые для обеспечения преемственности

В Омской области система оказания специализированной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, имеет значимые особенности. Состояние и структура службы определяется наличием в области одного города-мегаполиса с населением 1 160 670 человек и 32 сельских районов с населением 813 315 человек (по данным на 1 января 2013 г.). Исходя из этой предпосылки, в области исторически сложилась централизованная служба, которую представляет государственное Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковва».

Больница была создана в ноябре 1897 года как психиатрическая лечебница для душевнобольных, и в течение почти 30 лет функционировала как стационарное учреждение. В 1924 году был решен вопрос об организации патронажа и необходимости учета душевнобольных, что привело к организации подразделения для амбулаторного приема лиц с психическими расстройствами. Дальнейшее развитие амбулаторной помощи пациентам шло параллельно с формированием стационарного звена психиатрической службы. Таким образом, принцип преемственности, реализация которого встречает существенные трудности в некоторых регионах, в Омской области был исторически предопределен.

К началу 70-х годов XX века в практику работы были внедрены новые прогрессивные формы обслуживания больных в условиях дневного пребывания и лечения на дому. Данный подход к организации психиатрической службы предусматривал перенос акцента на внебольничные формы, которые, по сравнению со стационарными, требовали меньших финансовых затрат [2, 9]. Последнее десятилетие в Омской области активно развиваются внебольничные формы оказания помощи лицам с психическими расстройствами. Мощным толчком к их совершенствованию послужило участие в Канадско-Российской программе по инвалидности, организованной Московским научно-исследовательским институтом психиатрии. В ходе ее реализации был изучен отечественный и зарубежный опыт оказания психиатрической помощи, использования инновационных технологий в отечественных и зарубежных клиниках, проведен анализ данных электронного медицинского архива (так называемой «базы данных» на 120 тыс. пациентов, накопленной с 1992 г.), конкретизированы выявленные проблемы, определены декретированные группы больных.

В настоящее время в больнице функционирует 6 дневных стационаров, акцент в работе которых делается на реабилитацию различных контингентов психически больных. При организации реабилитационного процесса большое значение имело внедрение обоснованных программ и дифференцированных режимов для больных, с учетом местных особенностей организации психиатрической помощи и служб социальной защиты [4, 5]. Интеграция дневных стационаров в непрерывный лечебно-реабилитационный процесс позволила определить как их структуру, так и возложить на них новые функции, в частности, проведение психосоциальной терапии и реабилитации. За 2013 год в стационаре больницы было пролечено 9 558 человек, в полустационарных отделениях получили лечение 2 367 человек, на активном лечении в амбулаторной службе находилось 3 534 человека (из них федеральных льготников – 2 508 чел., региональных льготников – 1 026 чел.).

Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи в Омской области

Традиционно преемственность психиатрической помощи в нашем регионе обеспечивалась тесной функциональной связью психиатрических подразделений разных ступеней, что регламентировалось положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяло осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечением при переходе из одного лечебного учреждения в другое. В настоящее время преемственность между различными звеньями психиатрической службы получила новое содержание. Преемственность обеспечивается последовательными и согласованными контактами специалистов на различных этапах оказания психиатрической помощи, а также широким внедрением полустационарных форм оказания помощи, дополняющих традиционные стационарные и амбулаторные.

В связи с вышесказанным перед региональной службой были сформулированы следующие задачи:

- дифференциация потоков пациентов с выделением значимой проблемы;
- выбор наиболее оптимальной программы, формы оказания помощи;
- полная преемственность программ и подразделений с четкой алгоритмизацией во всей больнице;
- широкое применение современных технологий и методов оказания помощи;
- достоверная оценка эффективности оказания помощи с системой контроля качества на всех этапах;
- возможность развития и внедрения новых программ.

Современные тенденции в развитии принципа преемственности невозможны без применения логистического подхода. Современная социальная логистика изучает особенности формирования и течения потоков, а также эффективность интервенций в их отношении. Необходимость потоковой оценки контингента психически больных и, соответственно, реализация принципов логистики была высказана и обоснована многими авторами [1, 7] при разработке дифференцированных подходов к психосоциальной терапии и реабилитации психически больных.

Нами были выделены основные, требующие дифференцированного подхода, потоки больных, а именно: кризисные пациенты, лица с первым психотическим эпизодом, пациенты с частыми и длительными госпитализациями, больные, утратившие социальные связи и жилье, пациенты, склонные к совершению ООД, пациенты детского и пожилого возраста.

Для более качественного оказания полипрофессиональной помощи выделенным потокам пациентов в нашем учреждении проведена реорганизация существующих подразделений, а также созданы новые (реабилитационный комплекс, отделение амбулаторного принудительного лечения с кабинетом активного диспансерного наблюдения). Кроме того разработаны

инновационные программы (программа антикризисной помощи, программа «Первый психотический эпизод», программа интенсивного лечения в сообществе (ИЛС), программа «Жилье с поддержкой»).

Практическим следствием этого стала организация в нашей клинике инновационных структур: отделения первого психотического эпизода, отделения интенсивного лечения в сообществе, реабилитационного дневного стационара, которые в полной мере согласуются с положениями Приказа МЗ РФ №566н от 2012 года, регламентирующего порядок оказания психиатрической помощи. В отношении этих потоков применимы операции логистического управления, конечной целью которых в данном контексте является научно обоснованная оптимизация помощи, то есть сокращение финансовых, медикаментозных, правовых, социальных и иных затрат без потери качества. Содержание работы данных подразделений в сжатом виде представлено в табл. 1.

Амбулаторный реабилитационный комплекс (отделение внебольничной реабилитации) открыт в 2002 году. Он предназначен для пациентов с хроническим течением болезни, рассчитан на 50 мест дневного пребывания. Основной метод работы подразделения можно обозначить как «case management». В данном подразделении охват пациентов полипрофессиональной бригадой составляет 100%.

В реабилитационном дневном стационаре больницы организованы два Клуба пациентов, где используются разнообразные досуговые, реабилитационные,

познавательные программы, создающие развивающую среду с предоставлением возможности полезной творческой занятости пациентов. Работают театр, поэтическая студия, кружки. Отделение сотрудничает с родственниками пациентов, общественными, бюджетными, коммерческими организациями города для расширения возможностей организации досуговой и трудовой занятости пациентов. Одним из результатов этой работы явилось трудоустройство больных на открытое производство (до 30 чел. ежегодно). За год успешно заканчивают реабилитационные программы более 300 пациентов. Кроме того, данное отделение является методическим центром по психосоциальной реабилитации в больнице.

Программа активного диспансерного наблюдения работает с 2002 года и позволяет существенно снизить частоту совершения общественно-опасных действий (ООД) психически больными за счет интенсивной и адресной работы с каждым из пациентов. Наблюдение за больными осуществляет полипрофессиональная бригада, которая взаимодействует со специалистами стационарных и амбулаторных подразделений больницы. За счет региональных целевых программ все пациенты, страдающие шизофренией, обеспечиваются антипсихотиками пролонгированного действия, в том числе современными и дорогостоящими. На сегодняшний день под наблюдением в отделении находится 477 человека и за 2013 год не было отмечено ни одного повторного ООД среди наблюдаемых.

Таблица 1

Содержание программ, обеспечивающих преемственность при оказании психиатрической помощи в Омской области

Формы оказания психиатрической помощи декретированным группам больных в Омской области
<p><i>Программа первого психотического эпизода:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Стационарное отделение на 50 коек • Дневной стационар для первого психотического эпизода на 25 коек • 15 койко-мест на базе стационарного отделения для первого психотического эпизода • Амбулаторные участки для первого психотического эпизода
<p><i>Помощь больным с хроническим течением заболевания, с частыми и длительными госпитализациями:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Психиатрическое диспансерное отделение для взрослого населения (участки) • Стационарные отделения БУЗОО КПБ им. Н.Н.Солодникова • Психиатрический реабилитационный дневной стационар • Программа и отделение интенсивного лечения в сообществе • Общежитие и квартиры с поддержкой для психически больных
<p><i>Помощь пациентам детского возраста:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Психиатрическое диспансерное отделение для детского населения (участки) • Стационарные отделения БУЗОО КПБ им. Н.Н.Солодникова • Психиатрический дневной стационар для детей • ОИЛС для детей
<p><i>Помощь пациентам склонным к совершению ООД:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Психиатрическое отделение амбулаторного принудительного лечения с кабинетом активного диспансерного наблюдения
<p><i>Помощь больным, попавшим в кризисную ситуацию:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Суицидологическая служба с телефонами доверия и кабинетом социально-психологической помощи • Психотерапевтическое амбулаторное отделение • Психиатрический дневной стационар для взрослого населения

Программа первого психотического эпизода. Данная программа рассчитана в основном на пациентов, чьи клинические и социальные показатели соответствуют общепринятым для пациентов первого психотического эпизода критериям. Главная ее цель – сохранение личностного и реабилитационного ресурсов пациента.

Уникальность реализации данной программы в Омской области заключается в достижении полной преемственности между стационарными и амбулаторными подразделениями. Структура программы первого психотического эпизода с января 2007 года включает следующие компоненты:

- отделение первого эпизода на 50 коек круглосуточного пребывания (открыто в 2002 г.);
- койки дневного пребывания при отделении первого эпизода;
- 15 мест на базе отделения интенсивного лечения в сообществе (стационар на дому), обслуживаемые асертивной бригадой (выделены в 2007 г.);
- выделенный при диспансерном отделении психиатрический участок для амбулаторного наблюдения пациентов с первым психотическим эпизодом (работает с 2007 г.).

Пациенты курируются двумя полипрофессиональными бригадами – стационарной и амбулаторной с использованием всех основных методов и технологий работы с данными больными. Эпидемиологический охват данного контингента составляет 100%, обеспеченность современными психофармакологическими средствами достигает 90%.

Программа «Жилье с поддержкой» создана в 2003 году для пациентов, утративших жилье и социальные связи, а потому не имеющих возможности выписаться из больницы по социальным показаниям. Программа, в которой на сегодняшний день участвуют 50 пациентов в 27 квартирах, включает такие формы жилья с поддержкой, как общежитие, квартиры с поддержкой при Загородном реабилитационном отделении, арендованное у администрации поселков и приобретенное за собственные средства пациентов жилье с поддержкой. Важно отметить, что такое жилье является не только местом проживания, но и реабилитационным учреждением, в котором осуществляются программы интенсивной психосоциальной реабилитации. Лишь при соблюдении данного условия каждая из этих организационных форм становится не социальным приютом, а звеном реабилитационной службы и служит продвижению пациентов к самостоятельному, автономному социальному функционированию.

Программа интенсивного лечения в сообществе (ИЛС) для взрослых и детей была запущена в 2005 году для пациентов с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями. Программа позволила создать условия для социального восстановления пациентов, уменьшения частоты и длительности госпитализаций. В рамках данной программы паци-

енты даже во время обострения психического расстройства остаются дома, в привычных условиях, и получают всю необходимую комплексную психиатрическую помощь без госпитализации.

Помощь взрослым пациентам оказывается на 80 местах отделения ИЛС (ОИЛС) и на обычных участках, так как на каждом из участков работает полипрофессиональная бригада. В ОИЛС есть места и для обслуживания на дому пациентов с первым психотическим эпизодом.

В 2008 году был открыт ОИЛС на 30 мест для сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Отделение позволяло оказывать полноценную лечебную и реабилитационную помощь детям, находящимся в детских домах. С 2010 года, учитывая востребованность данного подразделения, оно было расширено до 45 мест. С этого времени в программу были включены дети, проживающие в семьях. Специалисты отделения сами выезжают на место проживания, что, во-первых, позволяет избежать психотравмирующего визита и/или госпитализации ребенка в психиатрическую больницу, а, во-вторых, делает помощь адресной и полной, основанной на полноценном клиническом, социальном и психологическом диагнозе.

Кризисные явления в социальной и экономической сфере обусловили необходимость преобразования суицидологической службы. Совершенствование системы антикризисной помощи заключалось в расширении возможности получения населением любых районов области квалифицированной помощи и поддержки в кризисных ситуациях, что позволяет предотвращать суицидальные действия.

Для увеличения доступности антикризисной помощи был подключен дополнительный дневной психологический телефон доверия и открыты дополнительные кабинеты психотерапевтической помощи. Организовано и успешно функционирует «защищенное рабочее место – VIP-NET», куда стекается вся информация по суицидам.

Ключевой фигурой психиатрической службы остается участковый врач-психиатр, который при обращении к нему пациента в зависимости от актуальных проблем больного, выбирает ту или иную лечебно-реабилитационную программу: инновационную или традиционную, что в сочетании с достаточно широкими возможностями нашего региона в реализации права больного на льготное лекарственное обеспечение (федеральная, региональная льготы), позволяет оказать высококачественную специализированную помощь.

Важность достаточного лекарственного обеспечения в настоящее время трудно переоценить. От своевременности и качества психофармакотерапии зависят не только клинические характеристики патологического процесса, но и социальный облик пациента, его перспективы, возможности социального восстановления и качество жизни. Постоянно

растущая стоимость фармакотерапии во всем мире [4] требует новых подходов к ее организации, которая должна способствовать рациональному применению лекарственных средств, оптимальному соотношению «цена–качество» и «польза–риск» закупаемых лекарственных средств, а также эффективному использованию всегда ограниченных ассигнований на их приобретение (табл. 2).

Осуществляя преемственность в оказании психофармакологической помощи, в больнице существует порядок согласования выписки пациентов из стационарных и полустационарных подразделений в амбулаторную службу. В соответствии с этим порядком больные, проживающие в городе, за несколько дней до выписки представляются участковому врачу психиатру, а жители области – врачу-психиатру сельского кабинета для формирования коллегиального решения о тактике ведения пациента в амбулаторных условиях.

Более эффективное использование имеющихся в регионе возможностей по медицинскому обеспечению различных категорий льготников стало возможным благодаря использованию разработанного программного продукта, обеспечивающего дифференцированную выписку препаратов, в зависимости от источника финансирования льготы. Созданные «электронные регистры» позволяют вести персонализированный учет по лекарственному обеспечению пациентов. На сегодняшний день в данных регистрах более 2 000 человек. Полномочия по включению и исключению пациентов в данные регистры возложены на заместителя председателя больничной подкомиссии по лекарственному обеспечению. Врачи стационарного и амбулаторного звеньев психиатрической помощи имеют возможность просмотра этих регистров в реальном времени, что позволяет оперативно решать вопросы лечебной тактики, а организаторам здравоохранения составлять заявки на лекарственное обеспечение как стационарного, так и амбулаторного звеньев, основываясь на реальных потребностях.

Нами активно реализуется возможность обеспечения пациентов за счет средств региональной льготы, за счет увеличения финансирования лекарственного

обеспечения с 56,394 млн. рублей в 2010 году до 61,209 млн. рублей в 2012 году.

Наличие у больного выраженных побочных эффектов при предыдущей терапии, малой эффективности предыдущего лечения при адекватных дозировках, снижение критических способностей и высокий риск вероятности совершения общественно-опасных действий, частые госпитализации, тяжелые соматические заболевания, дает право пациенту включения в соответствующий регистр (ЖНВЛП) и обеспечения препаратами на основании решения врачебной комиссии за счет средств нашего региона.

Помимо федеральной и региональной льгот в нашем регионе действует Постановление Правительства Омской области от 30 сентября 2009 года № 175-п «Об утверждении долгосрочной целевой программы Омской области «Развитие системы здравоохранения Омской области» на 2010–2015 годы» (далее – РЦП). В РЦП выделены две категории пациентов:

- представляющие общественную опасность и находящиеся под активным диспансерным наблюдением;

- перенесшие первый психотический эпизод молодые люди трудоспособного возраста с высоким реабилитационным потенциалом.

За 4 года существования РЦП мы смогли пролечить более 200 пациентов первого психотического эпизода и более 100 пациентов, представляющих общественную опасность. Их лечение на 90% состояло из препаратов, относящихся к группе атипичных антипсихотиков и современных антидепрессантов. Это позволило нам добиться отсутствия регоспитализаций у данных больных, улучшить их качество жизни, снизить нагрузку на семью, сохранить их трудоспособность, а 3 пациентам защитить кандидатские диссертации.

Существует еще одна возможность бесплатного лекарственного обеспечения в регионе – за счет выделения средств из бюджета учреждения на амбулаторные посещения больных. Группа больных, получающих лекарственные средства из данного источника включает в себя больных с низким уровнем комплаентности и высоким риском длительных и частых госпитализаций.

Таблица 2

Объем финансирования БУЗОО «КПБ им Н.Н. Солодникова» на обеспечение лекарствами

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Бюджет на лекарственное обеспечение учреждения:	73,942 млн. рублей	78,476 млн. руб.	84,510 млн. рублей	87,092 млн. рублей
На стационарные койки	40,753 млн. рублей		58,153 млн. рублей	66,765 млн. рублей
На дневные формы	30,150 млн. рублей с учетом амбулаторной помощи		23,999 млн. рублей	19,089 млн. рублей
На амбулаторную помощь			2,120 млн. рублей	5,404 млн. рублей
Постановление № 175	3 млн. рублей	3 млн. рублей	3 млн. рублей	5,8 млн. рублей
Потраченные внебюджетные средства учреждения	244 тыс. рублей	333 тыс. рублей	395 тыс. руб.	500 тыс. руб.

Таким образом, источниками обеспечения бесплатными лекарственными средствами амбулаторных больных являются: федеральная льгота, региональная льгота, РЦП, регистр ЖНВЛП и средства учреждения. Сочетание данной системы с персонализацией оказания помощи и выделением дифференцированных групп пациентов приносит позитивные результаты. Прежде всего, удается достичь обеспечения пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра атипичными антипсихотическими препаратами, за счет чего обеспечиваются более высокие показатели социального функционирования и качества жизни. В результате сочетанного применения данных подходов в течение трех лет произошло снижение регоспитализаций на 1,4% (с 14,8 в 2010 г. до 13,4 в 2013 г.), сокращение средней длительности пребывания больного на койке на 5,1% (с 84,8 в 2011 г. до 79,7 в 2013 г.), снижение количества вызовов скорой помощи на 8,7% (с 5 494 в 2010 г. до 4 828 в 2013 г.), снижение первичной инвалидности на 4,4% (с 28,9 в 2010 г. до 24,5 в 2013 г.). В абсолютном выра-

жении экономическая эффективность за счет ежегодного уменьшения числа госпитализированных больных на 200 человек и уменьшения средней длительности пребывания на койке на 5,1 (при разнице в стоимости койко-дня и посещения на 506,42 руб.) составила 506 420 рублей. Кроме того, ежегодные затраты на обслуживание вызовов скорой психиатрической помощи сократились на 269 300 рублей.

Из всего вышесказанного следует, что в современных социально-экономических условиях формируются новые представления о преемственности в оказании психиатрической помощи. На основании логистического подхода разрабатываются и внедряются новые ресурсосберегающие технологии психиатрического сервиса. Учет этих особенностей позволил создать на территории Омской области модель лечения психических заболеваний, опирающуюся на выполнение Порядков оказания психиатрической помощи, соблюдение преемственности, а также отличающуюся доказанной экономической эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 491 с.
2. Гурович И.Я., Сальникова Л.И. Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденций // XV съезд психиатров России (материалы съезда). Москва, 9–12 ноября 2010 г. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. С. 39–40.
3. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 5–9.
4. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. Л., 1985. С. 39–44.
5. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. ... канд. мед. наук. М., 2007. 28 с.
6. Мороз Т.Л. Оптимизация лекарственного обеспечения стационарных больных с использованием системы единичных доз // Лекарственное обеспечение и фармакоэкономика. 2013. 60 с.
7. Степанова О.Н. и соавт. Современная организация психиатрической помощи в Омской области // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»». М.: Медпрактика-М, 2008. С. 542.
8. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 63–67.
9. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 21–28.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ) В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер

На примере реорганизации системы оказания психиатрической помощи населению в Омской области с усилением внебольничного звена показаны позитивные стороны использования логистического подхода при формировании инновационных программ и структур. Особое внимание уделено вопросу лекарственного обеспечения больных с

использованием различных источников финансирования с введением их персонализированного учета, что дает возможность лучше обеспечивать преемственность терапии.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, персонализированный учет, логистический подход.

REGIONAL ASPECTS OF DIFFERENTIAL APPROACHES TO PSYCHIATRIC CARE (CLINICAL-SOCIAL AND PHARMACOECONOMIC ASPECTS) IN THE OMSK REGION

L.V. Shoukil, A.I. Cheperin, A.D. Sheller

On the example of reorganisation of psychiatric care in the Omsk Region with enhancement of the outpatient care, the authors demonstrate positive sides of logistic approach towards development of innovation programs and structures. Special attention is paid to arranging medication

for the patients and using different sources of financing, along with individual monitoring of medication, with the purpose to provide continuity of treatment.

Key words: medication, individual monitoring, logistic approach.

Шукиль Людмила Владимировна – кандидат медицинских наук, заместитель Министра, начальник управления по фармацевтической деятельности и производству лекарств Министерства здравоохранения Омской области; e-mail: minzdrav@minzdrav.omskportal.ru

Чеперин Андрей Игоревич – кандидат медицинских наук, главный врач Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинической психиатрической больницы им. Н.Н.Солодниковой»; e-mail: okpb.buzoo@gmail.com

Шеллер Анна Дмитриевна – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи для взрослого населения, Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинической психиатрической больницы им. Н.Н.Солодниковой»; e-mail: okpb.buzoo@gmail.com