

Современное состояние системы оказания специализированной психиатрической помощи населению в Московской области

Инна Анатольевна Пославская*

Психиатрическая больница №19, г. Домодедово, Россия

Реферат

Цель. Провести анализ работы психиатрической службы Московской области и определение основных направлений повышения доступности психиатрической медицинской помощи населению Подмосковья.

Методы. В работе использованы методы ретроспективного статистического наблюдения на основании данных официальных статистических форм годовых отчётов (формы №14, №30, №36) психиатрических учреждений Московской области за 2013–2017 гг.

Результаты. Подмосковье — территория устойчивого социально-экономического развития. По показателям рождаемости занимает 1-е место среди субъектов Центрального федерального округа и 27-е место в РФ. Специализированную психиатрическую помощь населению Московской области оказывают в психоневрологических диспансерах, стационарах, дневных стационарах психиатрических больниц, основываясь на трёх принципах: дифференцированный подход для оказания помощи различным контингентам больных, ступенчатость и преемственность помощи на разных этапах её оказания. Несмотря на реструктуризацию психиатрической службы и повсеместное сокращение коек в РФ, коечный фонд психиатрических стационаров Подмосковского региона остаётся на прежнем уровне, хотя наметилась отрицательная динамика в работе стационарной койки с 354,3 дня в 2013 г. до 329 дней в 2017 г. Вместе с тем повысилась эффективность работы дневных стационаров: сократилась длительность пребывания пациентов в дневном стационаре (длительность пребывания в 2013 г. составляла 51 день, в 2017 г. — 39 дней), увеличился оборот дневных коек с 5,5 до 5,9. За 5 лет увеличилось количество больных, выписанных из дневных стационаров: 2 200 в 2013 г. и 2 521 пациент в 2017 г. В деятельности амбулаторной службы происходит неуклонное снижение количества диспансерных больных (за 5 лет снизилось с 71 413 до 69 364) и, наоборот, растёт число пациентов, которым оказывали консультативно-лечебную помощь — с 79 023 до 93 697. Снижается количество посещений к врачу-психиатру по поводу заболеваний. В 2013 г. по поводу заболеваний и на дому сделано 781 243 посещения, в 2017 г. — 496 540.

Вывод. Результаты проведённого исследования показали как положительные тенденции, так и негативные стороны в оказании психиатрической помощи населению Московской области, которые необходимо учитывать при планировании мероприятий по реорганизации и оптимизации функционирования психиатрической службы в современных условиях: увеличение мест в дневных стационарах, открытие медико-реабилитационных отделений, сокращение неэффективно работающих стационарных коек.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, психоневрологический диспансер, психиатрическая больница, демографические показатели.

Для цитирования: Пославская И.А. Современное состояние системы оказания специализированной психиатрической помощи населению в Московской области. *Казанский мед. ж.* 2019; 100 (2): 310–316. DOI: 10.17816/KMJ2019-310.

The modern state of specialized psychiatric service for the population of the Moscow region

I.A. Poslavskaya

Psychiatric hospital №19, Domodedovo, Russia

Abstract

Aim. To perform the analysis of psychiatric service of the Moscow region and to determine the basic targets to improve the availability of psychiatric service for the population of the Moscow region.

Methods. The study included the methods of retrospective statistical observation based on the data from the official statistical forms of annual reports (forms №14, №30, №36) of psychiatric institutions of the Moscow region in 2013–2017.

Results. The Moscow region is a territory of sustainable social economic development. In terms of fertility it takes the 1st place among the subjects of the Central Federal district, and 27th place in the Russian Federation. Specialized psychiatric care for the population of the Moscow region is provided in neuropsychiatric dispensaries, hospitals, day hospitals of psychiatric clinics, based on three principles: a differentiated approach to assist different patient cohorts, stepwise and continuity of care at different stages. Despite the restructuring of the psychiatric service and the widespread reduction of the number of beds in the Russian Federation, bed capacity of psychiatric hospitals in the Moscow Region remains at the same level, although there has been a negative dynamics in the work of the hospital bed from 354.3 days in 2013 to 329 in 2017. At the same time, the efficiency of day hospitals has increased: the length of stay of patients in the day hospital has decreased from 51 in 2013 to 39 days in 2017, the day bed turnover rate has increased from 5.5 to 5.9. In five years, the number of patients discharged from day hospitals has increased: 2 200 in 2013 and 2 521 in 2017. In the outpatient service there is a steady decrease in the number of dispensary patients (decreased from 71 413 to 69 364 in 5 years), and vice versa, the number of patients provided with counseling and treatment increased from 79 023 to 93 697. The number of diseases-related visits to a psychiatrist is decreasing. In 2013, 781 243 disease-caused and home visits occurred, in 2017 — 496 540.

Conclusion. The results of the conducted study indicate both positive tendencies and negative sides of psychiatric service for the population of the Moscow region, which should be taken into account when planning reorganization and optimization of functioning of psychiatric service in the modern conditions: increased number of day beds, establishing medical rehabilitation departments, reduction of inefficient hospital beds.

Keywords: psychiatric service, psychoneurological dispensary, psychiatric hospital, demographic indicators.

For citation: Poslavskaya I.A. The modern state of specialized psychiatric service for the population of the Moscow region. *Kazan medical journal*. 2019; 100 (2): 310–316. DOI: 10.17816/KMJ2019-310.

Организация психиатрической помощи в Российской Федерации (РФ) основана на трёх основных принципах: дифференцированный подход для оказания помощи различным контингентам больных, ступенчатость и преемственность помощи на разных этапах её оказания [1, 2].

Вследствие сочетания нескольких видов оказания психиатрической помощи становится возможным дифференцированный подход, который включает (1) специализированные отделения для больных, находящихся в остром и пограничном состояниях, с возрастными психозами, детские, подростковые и другие; (2) психиатрические интернаты или дома для инвалидов и хронических больных при управлениях социальной защиты; (3) интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков при органах образования и просвещения.

В основе ступенчатости организации психиатрической службы лежит максимальная приближенность к населению внебольничной, экстренной и неотложной, полустационарной и стационарной помощи [3].

Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, медико-санитарных частях, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. Экстренную и неотложную

помощь оказывают выездные бригады машин скорой медицинской помощи.

Дневные стационары, входящие в структуру психоневрологических диспансеров, относятся к полустационарной ступени. Их можно рассматривать в психиатрии как прогрессивную форму медицинской помощи, которая позволит сохранить и восстановить утраченные социальные связи пациентов с психическими расстройствами, вернуть пациента в жизнь общества на максимально высоком социальном уровне [2, 4]. По данным отечественных публикаций, до 49% пациентов психиатрических больниц могут успешно проходить лечение в дневных стационарах [5].

К стационарному уровню относят психиатрические больницы и психиатрические отделения, развёрнутые на базе многопрофильных больниц.

В целях совершенствования психиатрической помощи населению, повышения качества и уровня деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений в разные годы Министерством здравоохранения издан ряд нормативных документов.

Положениями приказа Министерства здравоохранения СССР от 21.03.1988 №225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» [6], приказом Министерства здравоохранения РФ от 8 апреля 1998 г.

№108 «О скорой психиатрической помощи» [7], приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 мая 1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» [8] устанавливается тесная функциональная связь психиатрических учреждений разных уровней, обеспечивая тем самым преемственность психиатрической помощи. Это позволяет осуществлять непрерывное лечение больного при направлении его из одного лечебного учреждения в другое, а также наблюдение за ним в реабилитационный период [4].

12 июля 2012 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», который определил правила оказания медико-социальной помощи в психиатрических учреждениях, их структуру и функции (от 17 мая 2012 г. №566н) [9]. Согласно данному приказу, медицинские организации и их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь при поведенческих и психических расстройствах, включают: (1) психоневрологический диспансер или диспансерное отделение психиатрической больницы; (2) кабинет участкового врача-психиатра; (3) отделение интенсивного оказания психиатрической помощи; (4) кабинет активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения; (5) психотерапевтический кабинет; (6) отделение дневного стационара; (7) медико-реабилитационное отделение; (8) отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; (9) лечебно-производственные или трудовые мастерские психоневрологического диспансера или психиатрической больницы; (10) психотерапевтическое и медико-реабилитационное отделения психиатрической больницы для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, тем самым повышая их качество жизни [3, 10].

Кроме того, в кластере психиатрической службы предусмотрены отделения «Телефон доверия» и кабинеты медико-социально-психологической помощи, в функционал которых входит оказание лечебной и профилактической консультативной психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи пациентам, в том числе пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий.

Таким образом, в структуре специализированной психиатрической службы в РФ в данный момент выделяют стационарную, диспансерную, внедиспансерную и кризисно-социальную службы.

Прежде чем перейти к рассмотрению работы психиатрической службы Московской области, необходимо кратко остановиться на характеристике региона как субъекта РФ, входящего в состав Центрального федерального округа и имеющего свои особенности функционирования. Подмосковье — территория устойчивого социально-экономического развития. По итогам последних лет оно признано одной из наиболее динамично развивающихся территорий и стабильно входит в первую десятку (7-е место в РФ) по объёмам промышленного производства. Численность населения Московской области на 1 января 2017 г. составила 7 423 470 человек. По сравнению с 2013 г. численность населения данного субъекта увеличилась на 289 850 человек. Такой прирост населения сложился в основном за счёт миграционных потоков. На сегодняшний день Подмосковье остаётся наиболее привлекательным регионом для всех категорий мигрантов. Как правило, мигранты работают в тяжёлых и опасных условиях, что позволяет прогнозировать более высокий уровень заболеваемости в этой группе населения.

Московская область в 2017 г. лидирует по показателям рождаемости и занимает 1-е место среди субъектов Центрального федерального округа, 27-е место в РФ, поднявшись с 63-го в 2013 г. Важно отметить, что благодаря активно проводимой кадровой политике область становится привлекательным регионом для медицинских работников, несмотря на близость г. Москвы, куда традиционно происходил отток кадров. По состоянию на конец 2017 г. в учреждениях здравоохранения Московской области работали 23 817 врачей, в конце 2013 г. — 21 846 врачей. Показатель обеспеченности врачами в расчёте на 10 тыс. населения вырос с 31,0 в 2013 г. до 32,5 в 2017 г. Общая численность врачей-психиатров в Московской области сначала составила 617 человек, в 2017 г. — 647 человек, показатель укомплектованности врачами-психиатрами вырос незначительно — с 64 до 66%.

Обратимся к тому, что происходит в стационарной психиатрической сети, как к наиболее ёмкой и финансово-затратной области. Стационарную психиатрическую помощь населению Подмосквовного региона оказывают в психиатрических больницах (всего 21 больница

по области), 4 стационарах при психоневрологических диспансерах и 4 психиатрических стационарных отделениях в структуре многопрофильных больниц.

По данным материалов статистики на 1 января 2017 г., в психиатрической службе Московской области развёрнуто 8077 коек. Коечный фонд включает профилированные по возрастам психиатрические и наркологические койки, туберкулёзные, сомато-психиатрические, реабилитационные, инфекционные, хирургические, койки для принудительного лечения, судебно-психиатрической экспертизы, пограничных состояний. Обеспеченность населения Московской области стационарными психиатрическими койками составила в 2017 г. 10,88 на 10 тыс. населения, по РФ — 11,0.

За счёт смещения акцента на полустационарные формы лечения за 5-летний период наблюдения наметилось отчётливое снижение количества госпитализированных в стационары с 52 617 в 2013 г. до 47 938 человек в 2017 г. Соответственно снизился и показатель госпитализированных на 10 тыс. населения — с 74,6 до 64,6. Важно отметить сокращение числа дней работы койки в году. Если длительность работы койки в 2013 г. составляла 354,3 дня, в 2014 г. — 358,8, то в 2015 г. — 339 дней, в 2016 г. — 334, в 2017 г. длительность работы койки составила 329 дней при нормативном уровне работы психиатрической койки 348 дней.

Продолжая умеренно снижаться, показатель работы койки в 2017 г. достиг значения 329. В этой ситуации отрицательная динамика сложилась за счёт снижения количества койко-дней, проведённых в стационаре использованными больными: в 2013 г. число койко-дней использованных пациентов составило 2 830 900, в 2014 г. — 2 837 954, с 2015 г. показатель начинает снижаться и составляет 2 699 533 дня, в 2016 г. — 2 655 653 дня, в 2017 г. показатель количества койко-дней пролеченных больных составил 2 587 281 день.

В 2015 г. оплата психиатрической помощи переведена на систему обязательного медицинского страхования, до этого года финансирование осуществлялось из средств бюджета Московской области. Такое финансирование предполагает оплату за лечение каждого конкретного пациента, соблюдение сроков его лечения на стационарной койке и наложение штрафных санкций за необоснованное пребывание в стационаре. Проведённое реформирование нацелило врачей на проведение более качественного лечения с выполнением сроков обследования и лечения, достижение редукции

психотических нарушений в более короткие сроки с последующим долечиванием в амбулаторных условиях, что закономерно отразилось на показателе работы койки в году.

На работу койки оказал существенное влияние и тот факт, что за 5 лет в стационарах сократилось количество больных, находящихся там больше года, — с 1274 до 1116 человек. Это составляет шестую часть стационарного контингента, в то время как по данным И.Я. Гурович, Я.А. Сторожаковой и Б.Б. Фурсова, удельный вес таких пациентов на значительной части территориальных служб РФ свыше 30% [4]. Причиной стало активное оформление пациентов в дома-интернаты. Речь идёт о тех пациентах, которые по своему состоянию здоровья не нуждаются в психиатрическом стационарном лечении, находятся в стационарах по социальным показаниям, проживать самостоятельно в домашних условиях не могут, утратив жильё и социальные связи с родными и близкими. По данным статистических форм №36 (сведения о контингентах психически больных), в Московской области за 5-летний период наблюдения переведено 1232 пациента, из них в 2016 г. — 311 человек, в 2017 г. — 417.

Ввиду отсутствия в области достаточного количества наркологических коек в стационарном звене наркологической службы Московской области (на 1 января 2017 г. в области функционирует 1090 коек наркологического профиля) 645 наркологических коек из 1090 развёрнуто на базе психиатрических больниц. Таким образом, на наркологические койки в структуре психиатрических приходится 7,9%. На наркологических койках психиатрических больниц прошёл лечение в 2017 г. 19 551 пациент (аналогичный показатель в 2013 г. — 23 681 пациент).

Внебольничная (амбулаторная) сеть включает 73 медицинских учреждения — психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц, а также психиатрические кабинеты, функционирующие в структуре центральных районных больниц (табл. 1).

Проводя оценку работы амбулаторного психиатрического звена, мы видим снижение динамики диспансерного наблюдения — одного из двух основных видов амбулаторной психиатрической помощи, назначаемого больным с тяжёлыми стойкими и часто обостряющимися психическими расстройствами. Количество пациентов, состоящих на диспансерном учёте, за 5 лет снизилось с 71 413 до 69 364; вместе с тем выросло число больных, которым оказывали консультативную помощь — с 79 023

Таблица 1. Амбулаторные структурные единицы психиатрической службы Московской области

Учреждения	Количество
Психоневрологические диспансеры	5
Психоневрологические диспансерные отделения психиатрических больниц	14
Психоневрологические диспансерные отделения в структуре многопрофильных учреждений	16
Психиатрические кабинеты смешанного приёма в структуре многопрофильных учреждений	28
Психиатрические кабинеты детского приёма многопрофильных учреждений	10
Всего	73

до 93 697. Широкое внедрение за последние 20 лет в практику антипсихотиков нового поколения позволило добиться лучших клинических результатов и снижения тяжести течения психических заболеваний.

В деятельности диспансерной службы наметилась тенденция к снижению общего количества визитов к участковым врачам-психиатрам. Если в 2013 г. было зарегистрировано 1 367 990 посещений, то в 2017 г. — 1 114 051 посещение. Такая динамика сложилась за счёт снижения одновременно посещений по поводу заболеваний и на дому (в 2013 г. по поводу заболеваний на дому сделано 781 243 посещения, в 2017 г. — 496 540). Вместе с тем неуклонно растёт количество профилактических (консультативных) посещений врачей-психиатров с 586 747 в 2013 г. до 617 511 в 2017 г. Снижение уровня стигматизации в обществе и информирование населения в средствах массовой информации по вопросам психического здоровья повышают доверие граждан к врачам-психиатрам, делают психиатрическую помощь более открытой и доступной.

К сожалению, в структуре психиатрической службы Московской области мы не увидим медико-реабилитационные отделения, отделения медико-психосоциальной работы, групповые дома, квартиры для независимого проживания, отделения-общежития, стационары на дому — как современные формы психосоциальной реабилитации, общественной поддержки и интеграции людей с психическими расстройствами на стадии социального восстановления. Ни в одном психоневрологическом диспансере не развёрнуто такое структурное подразделение как «Телефон доверия». Примером реализации таких технологий может

послужить Омская область, где на базе областной клинической областной больницы удалось создать внебольничные структуры «защищённого жилья», комплекса «Жильё с поддержкой» как форм психосоциальной реабилитации. Это позволило восстановить утраченные навыки самостоятельного проживания и улучшить клинико-социальные показатели у пациентов, вовлечённых в эти программы [11].

Лечебно-трудовые мастерские, выполняющие роль социально-трудовой реабилитации и служащие основой для подготовки пациентов-инвалидов к трудоустройству, сохранились лишь в одной больнице на 142 посадочных места (для стационарных больных — 22 места; для амбулаторных больных — 120 мест). В 2013 г. функционировало 409 посадочных мест. Количество занятых в них трудовыми процессами составляет десятые доли процента (0,3–0,4%) общего числа инвалидов вследствие психических расстройств. Для наглядности укажем, что на конец 2017 г. зарегистрирован 43 551 инвалид по психическому заболеванию, прошёл трудовую реабилитацию в лечебно-трудовых мастерских 141, что составляет 0,3% общего числа инвалидов.

В Подмоскowie сеть «промежуточных» отделений представлена дневными стационарами при диспансерах, психиатрических стационарах или во внебольничной сети психиатрических учреждений. Дневные стационары берут на себя роль альтернативы госпитализации. В Подмоскowie в 2013 г. функционировало 11 психиатрических дневных стационаров для больных с психическими расстройствами на 470 мест. Сейчас действует 12 дневных стационаров на 492 места (для взрослых — 472 места, для детей — 20 мест).

За 5 лет увеличилось количество больных, выписанных из дневных стационаров: 2200 в 2013 г., 2521 пациент — в 2017 г., что составляет 4,6% выписанных из больниц. Этот показатель по РФ значительно выше и составляет 21% [4]. Увеличился оборот мест в дневных стационарах с 5,5 до 5,9 за счёт снижения пребывания использованного больного в дневном стационаре. Если длительность пребывания в 2013 г. составляла 51 день, то в 2017 г. — 39 дней. Это указывает на эффективность работы дневной койки, обусловленную использованием активных медицинских методов, направленных на максимально быстрое достижение терапевтического эффекта.

Изложенные материалы позволяют следующим образом представить общую картину состояния системы психиатрической службы

в Московской области. Служба имеет развитую сеть внебольничной, стационарной помощи и промежуточный полустационарный уровень. Переход в 2015 г. психиатрической службы на оплату за счёт средств обязательного медицинского страхования нацелил врачей на проведение более качественного лечения с соблюдением сроков обследования и лечения. Это в свою очередь сказалось на работе стационарной койки, что привело к снижению нормативного показателя работы койки за год (с 348 до 329).

Вместе с тем повысилась эффективность работы дневных стационаров: сократилась длительность пребывания пациентов в дневном стационаре с 51 до 39 дней, увеличился оборот дневных коек. За 5 лет увеличилось количество больных, выписанных из дневных стационаров. Таким образом, дневные стационары берут на себя обслуживание всё большей части больничного контингента без их отрыва от привычной социальной среды, тем самым демонстрируя стационарозамещающий эффект [5].

В деятельности амбулаторной службы происходит неуклонное снижение количества диспансерных больных и, наоборот, растёт число пациентов, которым оказывали консультативно-лечебную помощь. Снижается количество визитов к врачу-психиатру по поводу заболеваний, растёт число обращений за консультативной помощью. Всё это стало результатом положительных тенденций в службе.

Нельзя не отметить и негативные моменты. В структуре лечебных психиатрических учреждений отсутствуют медико-реабилитационные отделения, отделения медико-психосоциальной работы, включённые в порядок оказания психиатрической помощи. Не получили достаточного развития лечебно-трудовые мастерские. Только 0,3% общего числа инвалидов прошли в них трудовую реабилитацию.

Всё это требует административных решений по сокращению неэффективно работающих стационарных психиатрических коек, расширению амбулаторной помощи, актуализации работы по созданию внебольничных медико-реабилитационных форм психиатрической помощи, минуя направления пациентов в стационары.

Взяв в расчёт число койко-дней, проведённых использованными пациентами, за 2017 г. (2 587 281 день) и нормативную длительность работы койки в году (348 дней), мы получаем среднее годовое количество коек 7434. Таким образом, необходимо провести сокращение коечного фонда минимум на 650 коек от развёрнутых на сегодня 8077 психиатрических коек,

что позволит психиатрической койке работать в пределах нормативных показателей. Высвободившиеся койки в результате сокращения нужно использовать для деятельности медико-реабилитационных отделений с целью формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи.

Одновременно необходимо наращивать внебольничные формы помощи. Чтобы достичь российского показателя по работе дневных стационаров, необходимо увеличение мест до 1 500. Следует рассмотреть вопрос организации в структуре психоневрологических диспансеров (их на сегодня 35) отделений медицинской реабилитации, медико-психосоциальной работы, «Телефона доверия».

ВЫВОД

Учитывая современное состояние системы оказания специализированной психиатрической помощи населению Московской области, в целях повышения эффективности использования ресурсов психиатрической службы, увеличения качества и доступности специализированной помощи необходимо провести ряд организационных мероприятий со сдвигом акцента на внебольничное звено.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко Л.С., Ястребов В.С., Солохина Т.А. и др. Стационарная психиатрическая помощь в Российской Федерации: организационно-экономический аспект. *Ж. неврол. и психиатрии*. 2013; (12): 89–93. [Shevchenko L.S., Yastrebov V.S., Solokhina T.A. et al. Hospital psychiatric care in the Russian Federation: organizational economic aspect. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2013; (12): 89–93. (In Russ.)]
2. Нуштаев И.А. Очерк истории развития психоневрологической помощи в Саратове. *Социал. и клин. психиатрия*. 2000; 10 (3): 94–96. [Nushtaev I.A. Essay on the history of development of psychoneurological care in Saratov. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikiatriya*. 2000; 10 (3): 94–96. (In Russ.)]
3. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект. *Социал. и клин. психиатрия*. 2005; 15 (4): 12–17. [Gurovich I.Ya. Mental health care reforming: organizational and methodological aspect. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikiatriya*. 2005; 15 (4): 12–17. (In Russ.)]
4. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи. *Социал. и клин. психиатрия*. 2014; 24 (1): 6–9. [Gurovich I.Ya. Directions for improvements of psychiatric care. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikiatriya*. 2014; 24 (1): 6–9. (In Russ.)]
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической

помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России. *Социал. и клин. психиатрия*. 2012; 22 (1): 5–19. [Gurovich I.Ya., Storozhakova Ya.A., Fursov B.B. International experience of psychiatric reform and further development of the Russian psychiatric care. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikhatriya*. 2012; 22 (1): 5–19. (In Russ.)]

6. *О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21.03.1988 №225. <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 08.07.2018). [*On the measures for further improvement of psychiatric service*. Order of the Ministry of Health of USSR issued on 21.03.1988 №225. <http://www.consultant.ru> (access date: 08.07.2018). (In Russ.)]

7. *О скорой психиатрической помощи*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 1998 г. №108. <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 08.07.2018). [*On emergency psychiatric services*. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation issued on April, 8, 1998 №108. <http://www.consultant.ru> (access date: 08.07.2018). (In Russ.)]

8. *О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 г. №148. <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 09.07.2018). [*On the specialized care for patients with crisis and suicidal behaviour*. Order of the Ministry

of Health of the Russian Federation issued on May, 6, 1998 №148. <http://www.consultant.ru> (access date: 09.07.2018). (In Russ.)]

9. *Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения*. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. №566н. <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.07.2018). [*On the order of medical care for psychiatric and behaviour disorders*. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation issued on May, 17, 1998 №566н. <http://www.consultant.ru> (access date: 10.07.2018). (In Russ.)]

10. Левина Н.Б. Жильё как форма социальной реабилитации хронически психически больных. *Социал. и клин. психиатрия*. 2011; (1): 83. [Levina N.B. Housing as a form of social rehabilitation of chronically mentally ill people. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikhatriya*. 2011; (1): 83. (In Russ.)]

11. Уткин А.А. Инновационная форма психосоциальной терапии и реабилитации «жильё с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями. *Социал. и клин. психиатрия*. 2009; 19 (3): 20–23. [Utkin A.A. An innovative form of psychosocial therapy and rehabilitation «housing support» in the treatment of patients with chronic mental illness. *Sotsia'nayal i klinicheskaya psikhatriya*. 2009; 19 (3): 20–23. (In Russ.)]