Актуальные проблемы стационарной психиатрической помощи в России[1]

В.С. ЯСТРЕБОВ*, В.Г. МИТИХИН, Т.А. СОЛОХИНА, Л.С. ШЕВЧЕНКО, Н.А. ТВОРОГОВА

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Actual problems of inpatient psychiatric care in Russia

V.S. YASTREBOV, V.G. MITIKHIN, T.A. SOLOKHINA, L.S. SHEVCHENKO, N.A. TVOROGOVA

Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Дана сравнительная оценка деятельности стационарной психиатрической помощи в России и отдельных зарубежных странах. Проведен системный анализ некоторых показателей деятельности психиатрических больниц. Освещен процесс деинституционализации в российской психиатрии. Выделен также круг проблем, препятствующих реформированию стационарной психиатрической службы страны.

Ключевые слова: *стационарная психиатрическая помощь, деинституционализация, показатели деятельности, реформирование.*

A comparative evaluation of inpatient psychiatric care in Russia and some other countries is presented. A systematic analysis of the performance of psychiatric hospitals is conducted. The process of the deinstitutionalization in Russian psychiatry is highlighted. A range of problems hindering a reform of inpatient psychiatric service of the country is singled out.

Key words: *inpatient psychiatric care, deinstitutionalization, performance, reforming.*

В последние десятилетия усилия психиатрических служб, органов здравоохранения и правительств многих стран были направлены на активное развитие внебольничных форм помощи. Внимание специалистов сконцентрировалось в основном на вопросах децентрализации психиатрической больничной помощи, анализе численности и динамики ее контингентов, внедрении в практику их работы современных видов реабилитации психически больных, финансово-экономических механизмах деятельности психиатрических стационаров. На фоне проводимых преобразований проблема помощи в условиях традиционных психиатрических стационаров стала менее актуальной, что выразилось, в частности, в сокращении числа публикаций, посвященных деятельности психиатрических больниц.

Сказанное в большей степени относится к характеристике больничной системы психиатрической помощи зарубежных стран. Однако отмеченные изменения происходят и в отечественной психиатрической службе, хотя и развиваются более медленно, что можно объяснить, с одной стороны, оправданной осторожностью специалистов к кардинальным преобразованиям в стационарном звене психиатрической службы, объемы помощи которой в прошлом считались важным достижением отечественной психиатрии, а с другой — рядом проблем, замедляющих процесс внедрения современных, более эффективных с клинической, социальной и экономических точек зрения видов и организационных форм психиатрической помощи. При этом озабоченность руководителей психиатрических служб и учреждений многих регионов вызывает малообъяснимая ситуация, при которой проводимые преобразования, сокращение числа учреждений, коечного фонда осуществляются без сохранения материальных, финансовых и иных ресурсов внутри самой службы, что могло бы служить важной мотивацией для дальнейшего совершенствования помощи, внедрения новых эффективных, ресурсосберегающих ее видов.

Цель настоящего сообщения — сравнительная оценка отдельных аспектов деятельности психиатрических служб России и некоторых зарубежных стран; системный анализ зависимости показателей функционирования стационарной службы от ее ресурсной обеспеченности; определение путей дальнейшей оптимизации работы отечественной системы стационарной психиатрической помощи.

Старшему поколению психиатров известно, что строительства новых зданий психиатрических больниц, капитального ремонта действующих больниц вплоть до 60-х годов прошлого столетия в нашей стране почти не проводилось. Тем не менее их число неуклонно росло за счет

[1]Настоящее сообщение — первое из серии публикаций, посвященных современным проблемам стационарной психиатрической помощи в России.

© Коллектив авторов, 2013

*e-mail: vsyastrebov@gmail.com

освоения освобождающихся обветшавших и пустующих зданий и других помещений. Тенденцию расширения сети психиатрических больниц в тех условиях можно объяснить большой заинтересованностью в развитии больничного дела и личной инициативой главных врачей психиатрических больниц и руководителей территориальных психиатрических служб [17].

В отличие от системы психиатрической помощи многих зарубежных стран больничный сектор отечественной психиатрической службы остается масштабным и значимым до настоящего времени. Согласно данным официальной статистики, на 01.01.12 в стране функционировало 229 психиатрических больниц и 80 психоневрологических диспансеров (ПНД), имевших в своем составе стационары. Общее число психиатрических коек в системе органов здравоохранения в это время составляло 149 738, в относительном выражении — 10,48 коек на 10 тыс. населения. Это меньше, например, чем в Германии, Нидерландах и Швейцарии.

Важной задачей психиатрической службы является определение структуры контингентов больных, получающих различные виды стационарной психиатрической помощи. С нашей точки зрения, для характеристики структуры этих контингентов можно рассмотреть результаты отдельных клинико-эпидемиологических исследований [18], в соответствии с которыми были выделены преимущественно госпитальные и внебольничные контингенты психически больных. Основной клинико-социальной характеристикой госпитального контингента, численность которого к концу 80-х годов составляла 13,9% от всех учтенных психиатрической службой больных, было наличие манифестных психозов с неблагоприятным течением заболевания, выраженной психотической симптоматикой (галлюцинаторно-бредовая, парафренная и др.) и негативными расстройствами с грубыми нарушениями поведения, которые обусловливали социальную дезадаптацию больных и их частые госпитализации. Отмеченный стереотип типа течения болезни в этой группе больных обеспечивал их длительное пребывание в условиях психиатрического стационара. Результаты соответствующих исследований [1, 2] показали, что увеличению длительности пребывания больных в психиатрическом стационаре в значительной степени способствовала госпитализация по так называемым социальным показаниям, т.е. не клиническим, а социальным. С 80-х годов прошлого века до начала 2005 г. такие случаи могли составлять от 25 до 45% в зависимости от организационных особенностей службы и социально-экономических условий в обществе [8, 18].

В связи со сказанным уместным представляется кратко обсудить вопрос о деинституционализации в психиатрии, которая в течение последних нескольких десятилетий, начиная с 60—70-х годов прошлого столетия, активно проводится во многих странах. Как известно, сторонники этого направления выступают за существенное сокращение психиатрических больниц, общего числа психиатрических коек в них и приоритет экстрамуральных, общинных видов психиатрической помощи. Основные доводы, которые приводят представители неинституциональной психиатрии: выраженное стигматизирующее влияние психиатрических больниц, чрезмерная дороговизна больничных видов помощи в сравнении с таковой в амбулаторной сети, более эффективная адаптация больных во внебольничных условиях, существенное снижение числа повторных госпитализаций находящихся в обществе больных, а в случае их госпитализации — существенное сокращение длительности их пребывания в условиях стационара. Характер, масштабы и последствия массового сокращения психиатрических коек, которые в отдельных странах (Италия) достигали 75%, довольно подробно освещались в отечественной литературе. Отметим, что не только американские, но и английские, и немецкие психиатры [14] предостерегают от чрезмерно активных, не всегда оправданных мер по сокращению числа психиатрических коек. В первую очередь обращает на себя внимание неготовность внебольничных служб к оказанию квалифицированной комплексной помощи многим контингентам больных, которые в соответствии с поспешной и активной политикой деинституционализации в свое время были выписаны из психиатрических больниц.

В России в последнее время также происходит сокращение числа психиатрических больниц и коечного фонда, хотя его масштабы и темпы несколько иные. Динамика численности психиатрических больниц и психоневрологических стационаров в стране с 1990 по 2011 г., которые у нас принято считать периодом новых социально-экономических реформ, была следующей: число психиатрических больниц сократилось с 293 до 229, т.е. на 21,8%, а число диспансеров, имеющих в своем составе стационары, — с 89 до 80, т.е. на 10,1%; общее число психиатрических коек в стране за этот период снизилось на 50,5 тыс. (с 200 192 до 149 738 или на 25,2% соответственно). При этом в период с 2006 по 2011 г. процесс деинституционализации в отечественной психиатрической службе был более интенсивным: число стационаров уменьшилось на 15,8%, число коек — на 6,4%. Отмеченная тенденция продолжается до настоящего времени. Следует при этом обратить особое внимание на то, что сокращение стационарной службы не сопровождается расширением таковой во внебольничном звене.

Рассмотрим подробнее связь между динамикой показателей ресурсов и функциональными показателями стационарной службы. Как было отмечено, стационарная служба остается важнейшей составной частью психиатрической помощи, поэтому в рамках системного подхода ее анализ и функционирование следует рассматривать с учетом ситуации во всей системе. В свою очередь деятельность психиатрической службы определяется широким набором присущих социуму медико-демографических, социально-экономических и политико-культуральных факторов. Известно, что судьба пациентов психиатрических служб и эффективность функционирования служб психического здоровья связаны с макро- и микросоциальными факторами теснее, чем в других медицинских дисциплинах. В последние годы эти связи были представлены в ряде соответствующих работ [4, 9, 15]. На **рис. 1 и 2** на основе данных официальной статистики [3, 5] представлена динамика ресурсных показателей и некоторых показателей функционирования стационаров и психиатрической службы России в период 2000—2011 гг.

Прежде всего на **рис. 1** обращает на себя внимание синхронная динамика числа поступлений больных в стационары (на 100 000 населения), числа стационаров и заболеваемости психическими расстройствами (на 100 000 населения). Парные коэффициенты корреляции между этими показателями являются высокозначимыми и свидетельствуют о линейных связях между ними.

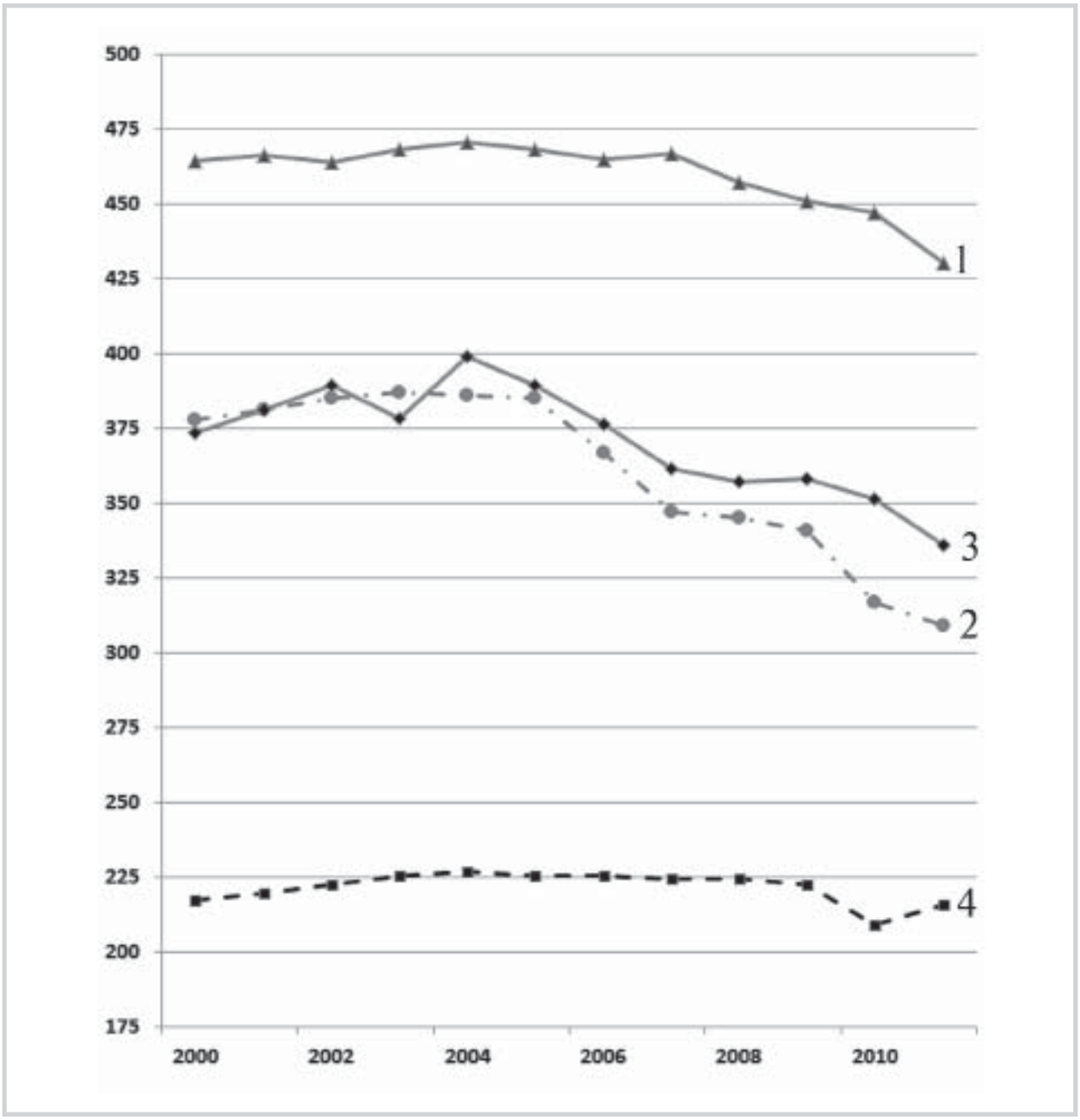

Рис. 1. **Некоторые показатели стационарной и всей психиатрической службы в России.**

Здесь и на рис. 2: по оси абсцисс — годы; по оси ординат — число единиц в соответствии с изучавшимися показателями. Кривая 1 — число больных, поступивших в стационары (на 100 000 населения), кривая 2 — число стационаров (включая стационары при ПНД), кривая 3 — заболеваемость (число заболевших пациентов) на 100 000 населения, кривая 4 — занятые должности врачей-психиатров, включая психотерапевтов, судебных экспертов (сотни).

На основе приведенных данных гипотетически можно было бы предположить наличие линейной связи, в соответствии с которой уровень ресурсной обеспеченности стационарной службы, темпы ее деинституционализации определяют показатели заболеваемости психическими расстройствами. Поскольку наличие такой корреляции противоречило бы общим закономерностям возникновения и развития психических расстройств, рассмотрим внимательно динамику уровня заболеваемости, который, возрастая с начала 90-х годов до 2005 г., за последние 6 лет резко снизился на 13,8% (с 389,4 до 335,8 на 100 000 населения). С точки зрения биопсихосоциального подхода как методологической основы изучения психических расстройств и с учетом происходящих в нашей стране социально-экономических событий последних лет, такое резкое снижение уровня заболеваемости, на первый взгляд, не имеет разумного объяснения. В целях объяснения этого парадоксального феномена проанализируем динамику значений важнейшего показателя психиатрической службы — уровня обеспеченности населения врачами-психиат-

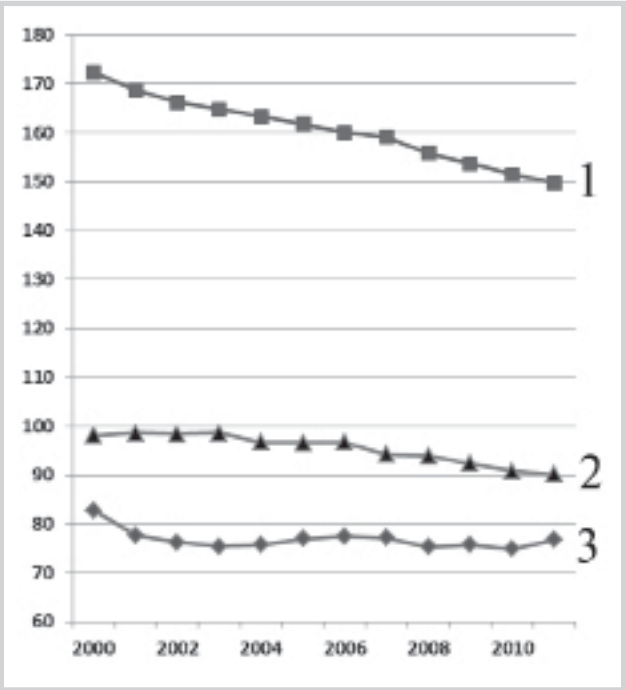

Рис. 2. **Некоторые ресурсные и функциональные показатели стационарной службы в России.**

Кривая 1 — число коек, кривая 2 — число стационарных больных (на 10 000 населения), кривая 3 — средняя длительность пребывания в стационаре (дни).

рами и психотерапевтами. За период с 2005 по 2011 г. сокращение числа специалистов имеет выраженный характер: с 11,469 до 11,155 (на 100 000 населения), в относительных цифрах это снижение составляет 2,7%. Согласно И.Я. Гуровичу и соавт. [3], к 2012 г. дефицит кадров врачей-психиатров составил почти 5 тыс. специалистов, причем в начале 2007 г. он составлял 3,8 тыс., т.е. нарастание показателей недостатка кадров специалистов за последние 6 лет шло ускоренными темпами, в результате чего дефицит вырос на 31,6%.

Количественные оценки, подтверждающие наши выводы, можно получить на основе многофакторных, эпидемиологических моделей [9] влияния медико-демографических и социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения. Согласно этим моделям, полученным на основе математической обработки данных официальной медицинской статистики за период 1992—2008 гг., основной вклад в уровень заболеваемости вносит фактор численности занятых должностей специалистов службы психического здоровья: при снижении численности специалистов падает показатель заболеваемости. Снижение численности занятых должностей специалистов в период 2005—2011 гг. явно прослеживается и количественно соответствует уменьшению численности на 4,4%. В 2010 г. наблюдалось еще более резкое уменьшение занятых должностей специалистов — на 7,3% по сравнению с 2005 г.

На **рис. 2** можно увидеть результаты деинституционализации в стационарной службе, представленные динамикой уменьшения числа коек и численности стационарных больных. Что касается динамики показателя средней длительности пребывания больных в стационаре, то можно отметить неравномерность ее изменения.

На основе предложенной нами [10] математической многофакторной модели для оценки показателя средней длительности госпитализации уменьшение величины рассматриваемого показателя объясняется прежде всего за счет сдвига структуры психических расстройств в сторону непсихотических. Их доля в структуре психических расстройств увеличивалась с 43,8% в 1992 г. до 51,5% в 2011 г. При этом средняя величина длительности госпитализации при непсихотических расстройствах оставалась самой низкой (около 40 дней), т.е. практически в 2—2,5 раза меньше, чем соответствующие значения длительности по всем остальным диагностическим группам [3]. Из клинической практики и особенностей организации психиатрической помощи хорошо известно, что показатели длительности госпитализации зависят не только от диагностической структуры психической патологии пациентов, их возраста и тяжести состояния, но и ресурсной обеспеченности системы психиатрической помощи и эффективности ее использования. Поэтому сдвиг структуры психической патологии, уменьшение ресурсной и кадровой обеспеченности стационарной помощи могут вести к указанной неравномерности в изменении средней длительности пребывания больных в стационаре.

Можно предложить новый (дополнительный к показателю длительности госпитализации) расчетный показатель [10]: относительная средняя продолжительность госпитализации больного в психиатрическом стационаре (в сокращенном варианте: относительная длительность госпитализации). Использование такого показателя позволяет значительно повысить эффективность моделей для оценки значений длительности госпитализации даже в условиях малой статистики.

Для вычисления значений показателя относительной длительности госпитализации (ОДг) следует использовать соотношение:

$$ОДг=Дг/Дгн, \qquad (1)$$

где Дг — длительность госпитализации, Дгн — нормативное значение средней длительности госпитализации больного в психиатрическом стационаре.

Согласно утвержденным в 2001 г. нормативным материалам, значение величины нормативной длительности госпитализации в регионе с возрастной структурой населения, в которой 78% приходится на взрослых и 22% — на детей, составляет 54 дня в рамках Программы федеральных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. В современных условиях «старения» населения России величина нормативной длительности госпитализации требует коррекции. В нашей предыдущей работе [10] приводились официальные данные о возрастной структуре населения России в период 2001—2008 гг., скорректированные значения показателя нормативной длительности госпитализации и соответствующие значения показателя относительной длительности госпитализации, которые получены на основе приведенного выше соотношения (1). Скорректированные нами значения нормативной длительности госпитализации и относительной длительности госпитализации в период 2000—2011 гг. приводятся в **таблице**.

Используя приведенные в **таблице** значения нормативной длительности госпитализации и соответствующие

Значения средней нормативной длительности госпитализации (Дгн) и показателя относительной длительности госпитализации (ОДг)

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Дгн, дни	70,8	70,8	74,6	78,5	81,9	84,7	87,1	88,5	88,6	87,0	85,6	83,0
ОДг	1,17	1,10	1,02	0,96	0,92	0,91	0,89	0,87	0,85	0,87	0,88	0,92

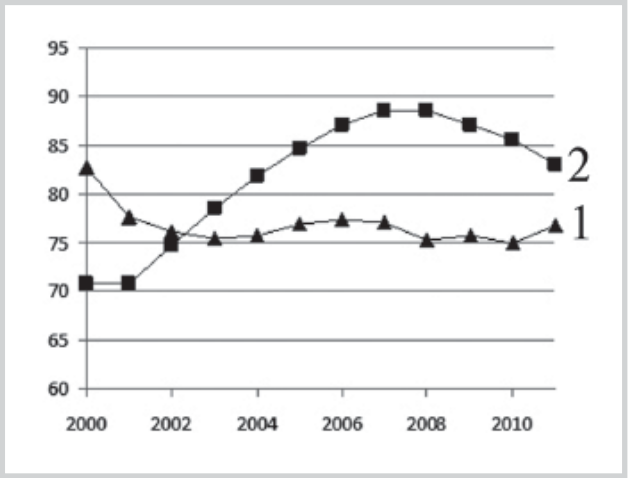

Рис. 3. **Тенденции изменения значений средней (1) и нормативной (2) длительности госпитализации.**

По оси абсцисс — годы, по оси ординат — дни.

значения длительности госпитализации из официальной статистики [3], можно представить тенденции изменения их значений в период 2000—2011 гг. Они отражены на **рис. 3**, на котором можно видеть, что наибольшие расхождения значений изученных показателей приходятся на кризисные периоды социально-экономической ситуации в России следующие за дефолтом конца 90-х годов, предкризисные годы и очередной финансовый кризис 2008 г. Полученные данные наглядно демонстрируют периоды дисбаланса (как в положительную, так и отрицательную стороны) между ресурсными возможностями стационарного звена психиатрической службы и реальными показателями его деятельности в периоды социально-экономической нестабильности. Вместе с тем данные приведенного дисбаланса свидетельствуют об определенном несовершенстве методики расчета значений нормативной длительности госпитализации и соответствующем недостатке обеспечения должной нормативной базой стационарной психиатрической службы.

Новый показатель — относительная длительность госпитализации — позволяет через нормативную величину длительности госпитализации учитывать такие важные факторы, как материальные ресурсы психиатрической помощи и возрастная структура населения. Развернутое представление о перспективности применения указанного показателя можно получить на примере следующей ситуации: использование новых лекарственных препаратов и соответствующих медико-реабилитационных технологий приводит к изменению (иногда скачкообразному) показателя длительности госпитализации, что требует введения в практику помощи нового стандарта — нормативной длительности госпитализации. В результате в новых социально-экономических условиях показатель относительной длительности госпитализации (дополнительный к показателю длительности госпитализации) позволяет получить оценку эффективности используемых медико-реабилитационных мероприятий.

Возвращаясь к вопросу сравнительных параметров реформирований в стационарной сети отечественных и зарубежных психиатрических служб, необходимо отметить, что причинами менее активных преобразований в нашей стране можно считать традиционную ориентацию отечественных психиатров на оказание квалифицированной помощи, комплексных ее видов в условиях психиатрического стационара, определенную осторожность руководящих органов при решении вопроса о реструктуризации всей службы, неготовность диспансерной сети к оказанию многих видов диагностической, лечебной и социально-реабилитационной помощи, и негативные последствия массовой выписки больных из психиатрических стационаров зарубежных стран. Кроме того, нельзя не учитывать социально-психологический аспект обсуждаемой проблемы, который заключается в крайне низкой «психиатрической грамотности» населения нашей страны, его неготовности к встрече в условиях общества с выписываемыми из психиатрических больниц пациентами. Об этом свидетельствуют не только результаты многих специальных социологических исследований, но и негативная реакция средств массовой информации в ответ на сообщения известных специалистов о мировой тенденции преимущественно амбулаторного лечения и ведения психически больных. В силу названных причин в нашей стране остается крайне высокий уровень стигматизации психически больных, существует устойчивое общественное мнение о непредсказуемости поведения всех психически больных, их опасности для окружающих и соответственно необходимости надежной их изоляции от общества.

Проблема децентрализации психиатрической службы в настоящее время применительно к проблеме стационарной психиатрической помощи рассматривается как децентрализация путем организации психиатрических отделений в составе больниц общего профиля. Сторонники такого подхода говорят о возможности реального приближения психиатрической помощи к населению, бóльших возможностях всестороннего обследования и комплексного лечения больных с различными видами психической патологии, сближении психиатрии с общесоматической медициной и, наконец, менее стигматизирующем характере психиатрических отделений, действующих в составе больниц общего профиля. Все эти доводы служат основанием для организации психиатрических отделений в больницах общего профиля во многих странах, особенно если речь идет об отдаленных регионах или территориях с малой плотностью населения. При этом структурное перепрофилирование стационарной психиатрической помощи в некоторых странах достигло крайнего выражения. В частности, число психиатрических коек в больницах общего профиля Дании достигает 40% от всего коечного психиатрического фонда, а Исландии — все 100%.

В России отношение к этой проблеме до сих пор остается неоднозначным. Так, общее признание получили отделения психосоматического профиля, которые предназначены для психически больных, имеющих сопутствующие формы соматической патологии. Эти отделения организуются и успешно функционируют в составе больниц общего профиля в ряде регионов страны. К организации же общепсихиатрических отделений в составе больниц соматического профиля отечественные психиатры высказывают более осторожное отношение, ссылаясь на разный профиль психиатрических и общесоматических больниц, разный контингент больных и особенности оказания помощи [11]. Однако опыт отдельных регионов (Свердловская область и др.), в которых на протяжении длительного времени эти отделения успешно функционируют, свидетельствует о достаточной эффективности их работы. Этот опыт подлежит дальнейшему анализу и обсуждению его результатов психиатрическим сообществом.

Одним из центральных разделов стационарного вида помощи является обеспечение ее качества. Наибольшее число зарубежных и отечественных исследований по этой проблеме относится к 80—90-м годам. Следует отметить, что, несмотря на достаточное число исследований по обеспечению качества психиатрической помощи и разработку соответствующих методических подходов [12], ориентированных на практическое применение результатов этих работ, программ в отечественной психиатрии было внедрено недостаточно. Между тем актуальность оценки качества оказываемой помощи остается высокой, при этом очевидно, что предстоящее утверждение разработанных стандартов психиатрической помощи вряд ли полностью ее решит. Как показывают данные последних лет, к решению этой важной проблемы должны быть привлечены как «реальные потребители» психиатрической помощи в лице больных и опекающих их родственников [7], так и «внутренние потребители», к которым многие авторы относят работников психиатрических учреждений различного уровня [12].

Важным аспектом деятельности стационарного звена помощи являются ее экономические характеристики. В последние 20 лет в ряде стран (США, Италия, Англия и др.) активно развивается новое направление в психиатрии, посвященное проблеме экономики психического здоровья и психиатрической помощи, в котором важное место отводится экономическим аспектам деятельности психиатрических стационаров. Эта проблема в течение последних 18 лет разрабатывается рабочей группой Отдела организации психиатрических служб (рук. — проф. В.С. Ястребов) Научного центра психического здоровья РАМН. Группу возглавляет канд. экон. наук Л.С. Шевченко. В серии работ этой группы [6, 16] отражены результаты экономического анализа деятельности психиатрических стационаров в новых социально-экономических условиях, освещена политика реструктуризации стационарного звена психиатрической службы, намечены перспективные направления его деятельности[1]. Здесь мы остановимся лишь на двух вопросах, имеющих непосредственное отношение к структуре финансирования психиатрической службы и важности экономического анализа при общей оценке деятельности психиатрических учреждений.

1. Одномоментно во внебольничных условиях находятся 96,3% больных от всех обратившихся за помощью (данные за 2007 г.). Соответственно в психиатрических стационарах в это время находились лишь 3,7% больных. Как было отмечено выше, согласно эпидемиологическим работам, к внебольничному контингенту отнесены больные, которые все время своего заболевания или большую его часть проводят вне стен психиатрического стационара. От общего числа состоящих на учете психически больных они составляют 86,1%, соответственно стационарный контингент этих больных представлен 13,9% больных. При этом, по данным экономического анализа наших сотрудников, доля финансирования внебольничной психиатрической сети составляет лишь 10% от всего объема финансирования психиатрической службы, в то время как на долю психиатрических стационаров приходится 90% этих средств. Для сравнения подчеркнем, что в современном отечественном здравоохранении эффективным соотношением в структуре финансирования отрасли признается уровень 55% для внебольничного звена и 45% для стационарного. Из приведенных цифр видно, что существующее в отечественной психиатрии соотношение объема финансирования внебольничного и стационарного звеньев службы не отражает реального положения дел. Очевидно, что действующая сегодня модель финансового обеспечения отражает сложившуюся за многие годы диспропорцию в структуре финансового обеспечения службы. Приведенные данные не могут не обращать на себя внимание руководителей психиатрических служб, органов здравоохранения, экономических и финансовых ведомств при решении вопроса о дальнейшей реструктуризации психиатрической службы.

2. Данные зарубежных и отечественных исследований показывают, что экономический анализ деятельности психиатрических стационаров становится важным фактором при оценке эффективности их работы, выборе оптимальной структуры, определении наиболее перспективных направлений совершенствования госпитальной помощи. Важным инструментом для проведения этого анализа на территории России могут служить вышедшие в 2009 г. Методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения «Экономическая оценка последствий психических заболеваний» [16], которые дают возможность главным психиатрам и руководителям психиатрических учреждений самостоятельно и оперативно определять расходы и потери, связанные с психической патологией, анализировать их структуру с учетом медико-демографических, географических, экономических и других региональных характеристик, а также вести постоянный мониторинг экономических индикаторов деятельности службы, ее звеньев и отдельных учреждений.

Обобщая сказанное выше, можно отметить, что медленный в сравнении с зарубежными странами темп преобразований в системе стационарной психиатрической помощи России можно объяснить, с одной стороны, тем, что волна деинституционализации, широко прокатившаяся за последние десятилетия во многих странах мира, у нас носила значительно менее выраженный деструктивный характер, а с другой — наличием ряда серьезных проблем и характеристик, которые типичны для нашего государства и общества и носят системный характер: 1) отсутствие экономических и финансовых механизмов регули-

[1]Более подробная информация об этом направлении работы отдела будет помещена в одном из номеров журнала (ред.).

рования деятельности психиатрических служб; 2) недостаточная развитость инфраструктуры внебольничных психиатрических служб для ресоциализации психически больных; 3) их неготовность к работе на принципах опоры на сообщество; 4) жесткая нормативная зависимость категориальной принадлежности психиатрических стационаров от числа коек в них, которая определяет уровень финансирования; 5) централизованный характер принятия решений в отношении структурных изменений в психиатрической службе; 6) крайне низкая толерантность к психически больным общества, населения и определяющих политику здравоохранения чиновников, что в значительной степени затрудняет процесс развития общественно ориентированной системы психиатрической помощи.

Круг перечисленных нами проблем ранее неоднократно обсуждался отечественными специалистами. Подчеркнем, что речь идет о необходимости принятия всесторонне проработанного и взвешенного решения относительно внедрения в отечественную практику многолетнего опыта преобразования психиатрической службы, который оправдал себя на протяжении последнего времени во многих странах мира. Поскольку, повторим, речь идет о системном характере данных преобразований, обсуждение данных проблем должно проводиться на разных уровнях совместно с ведущими специалистами и представителями психиатрического сообщества, с участием представителей разных ведомств и общественных структур.

Возможность для принятия такого решения может дать утвержденная в январе 2013 г. Правительством РФ Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г., в соответствии с которой МЗ РФ предстоит разработать 14 научных платформ по различным отраслям медицины, включая психиатрию. Целью Стратегии является «развитие медицинской науки, направленное на создание высокотехнологичных инновационных продуктов, обеспечивающих на основе трансфера инновационных технологий в практическое здравоохранение сохранение и укрепление здоровья населения».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баранов Б.К., Беляев В.П., Малахов Б.Б., Стяжкин В.Д.* Актуальные вопросы стационарной психиатрической помощи городскому населению. В сб.: Организация психиатрической помощи городскому населению. Л 1976; 43—63.
2. *Гурович И.Я.* Психиатрические больницы сегодня. В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. СПб 2009; 37—45.
3. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М.* Психиатрическая служба в России в 2006—2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М: Медпрактика-М 2012; 600.
4. *Жариков Н.М., Иванова А.Е., Юриков А.С.* Факторы, влияющие на состояние и динамику психического здоровья населения. Журн неврол и психиат 1996; 96: 3: 79—87.
5. Здравоохранение в России. 2011: Стат. сборник. М: Росстат 2011; 326.
6. *Корчагин В.П., Шевченко Л.С.* Основные направления экономической реформы в психиатрии. Сборник «Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы». М 1997; 23—39.
7. *Левина Н.Б., Любов Е.Б.* Оценка больничной помощи пациентами и их близкими. В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. СПб 2009; 134—139.
8. *Лиманкин О.В.* Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2007.
9. *Митихина И.А., Митихин В.Г., Творогова Н.А., Ястребов В.С.* Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения Российской Федерации в период 1992—2008 гг. Журн неврол и психиат 2012; 112: 4: 4—10.
10. *Митихина И.А., Митихин В.Г., Творогова Н.А., Ястребов В.С.* Модели для некоторых показателей оценки деятельности российской службы психического здоровья. Журн неврол и психиат 2012; 112: 6: 60—63.
11. *Наджаров Р.А.* Психиатрическая больница в свете современных теоретических направлений в психиатрии. Журн невропатол и психиат 1969; 10: 1441—1446.
12. *Солохина Т.А.* Качество психиатрической помощи (организационный и экономические аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003.
13. *Солохина Т.А.* Методические основы и механизмы обеспечения качества психиатрической помощи. В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. СПб 2009; 73—78.
14. *Фукс Д.* Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России. Соц и клин психиат 2005; 2: 24—29.
15. *Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н., Ревенко В.И.* Взаимосвязь социальных и этнокультуральных факторов с уровнем психического здоровья городских жителей. Части 1—4. Вестн неврол, психиат и нейрохир 2009; 10—11: 27—50, 22—44.
16. *Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Творогова Н.А., Харькова Т.Л., Митихин В.Г.* (сост.). Экономическая оценка последствий психических заболеваний. Методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения. М: Макс Пресс 2008; 21.
17. *Ястребов В.С.* Руководитель психиатрической службы — должность или призвание? Журн неврол и психиат 2006; 10: 3—11.
18. *Ястребов В.С.* Внебольничная шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование). Дисс. ... д-ра мед. наук. М 1988; 419.