

# СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ: АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ СОКРАЩЕНИИ ОБЪЕМА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

И. Я. Гурович

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Два обстоятельства делают сегодня обращение к анализу состояния психиатрической помощи особенно актуальным. Во-первых, это накопление за последние годы изменений, которые стали отражаться на основных показателях деятельности психиатрической службы, и, во-вторых, это утверждение «Порядка оказания психиатрической помощи» [3], что ставит задачу приведения в соответствие с его положениями всех региональных служб.

Итоги «деинституционализации» в психиатрии и резкие сдвиги показателей деятельности психиатрической службы в нашей стране вызывают озабоченность, требуют анализа и серьезных выводов. Хорошо известно о значительном сокращении коечного фонда (сокращено свыше 50 тыс. коек, коечный фонд уменьшился на 1/4), в основном без одновременного развития, как это обычно требуется, стационарзамещающих внебольничных форм помощи. Сокращая психиатрические койки, Россия достигла в 2011 году уровня 104,8 на 100 тысяч населения, что меньше, чем в таких странах Западной Европы как Германия, Нидерланды, Швейцария [1].

Но обратимся к тому, что происходит во внебольничной сети. В 1999 году в России было 300 психоневрологических диспансеров (164 диспансера и 136 диспансерных отделения при больницах, к 2005 г. число тех и других возросло и их стало 173 и 145 – всего 318), а к 2011 году уменьшилось на 41 (т.е. на 40 диспансеров и 1 диспансерное отделение стало меньше). Надо иметь в виду, что в ряде территорий произведено объединение психиатрических учреждений в одно юридическое лицо, но ясно, что сокращение произошло не за счет объединения диспансеров с больницами, поскольку сократилось число тех и других; возможно за счет объединения их друг с другом. С учетом сказанного трудно установить, сколько диспансеров на самом деле перестало существовать. Более ясная картина, но тоже не полностью с психиатрическими и психотерапевтическими кабинетами – их число неуклонно и значительно уменьшается. В 1999 году психиатриче-

ских кабинетов было 2 322, в 2005 году – 2249, в 2011 году – 2038, то есть за эти годы уменьшилось на 286. Число психотерапевтических кабинетов за эти годы сократилось на 309.

Если уменьшение числа психиатрических кабинетов отрицательно сказывается на выявлении больных, сокращение психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках отрицательно сказывается также на программе взаимодействия психиатров с первичным медицинским звеном [2].

Число врачей, занятых в государственной психиатрической службе страны, в последние годы уменьшилось на 243 человек и составляет (физические лица) в 2011 году 14 117 чел. Дефицит врачей сказывается прежде всего на участках диспансеров и особенно в сельской местности, что влияет на общий уровень помощи. Общее число занятых должностей врачей-психиатров, включая судебно-психиатрических экспертов, сексологов, психотерапевтов, сократилось с 2006 по 2011 годы с 22 546 до 21 577, то есть на 969 единиц. Здесь речь идет об основном кадровом потенциале и все это – значительная потеря для психиатрической службы. Снижение доступности помощи не могло не отразиться на показателях деятельности службы.

Рост выявления лиц с психическими расстройствами, продолжающийся еще в первом пятилетии XXI века (уровень выявления увеличился на 4,7%), к 2011 году впервые резко снизился на 11%. Причем отмечено снижение выявления больных по всем диагностическим группам: психозов (с 67,2 до 62 на 100 тыс. нас.), шизофрении (с 15,9 до 12,2), непсихотических психических расстройств (с 27,4 до 25,0), умственной отсталости (почти в два раза). Оценивая деятельность амбулаторной психиатрической помощи, надо иметь в виду, что в 1999 году при выявлении впервые лиц с психическими расстройствами назначение диспансерного наблюдения по отношению к консультативно-лечебной помощи определялось как 1:3, а в 2011 году как 1:5, то есть оно назначается все реже, а среди больных,

**Динамика числа медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников в психиатрической службе страны (2006–2011 гг.)**

	2006	2010	2011	Динамика
Медицинские психологи:				
всего	3415,25	3616,25	3568,00	-38,25
в диспансерах	1435,50	1425,00	1464,00	+39,0
в стационарах	1979,75	2191,25	2194,0	-86,75
Специалисты по социальной работе:				
всего	654,50	925,75	911,25	-14,50
в диспансерах	333,00	442,75	408,00	-34,752
в стационарах	321,50	483,00	511,25	+28,25
Социальные работники:				
всего	1614,75	1691,00	1606,25	-84,75
в диспансерах	671,25	650,00	576,25	+26,25
в стационарах	943,50	1041,00	1030,00	-11,0

продолжающих наблюдаться на конец года, в 1999 году составляло 57%. В 2011 году диспансерное наблюдение назначалось только 16,4% пациентам среди впервые выявленных больных, а среди числящихся на конец года – меньше половины (42,7%).

Важно отметить, что больным с психозами диспансерное наблюдение определяется при первичном обращении в 38,5% случаев, а на конец года под диспансерным наблюдением находится 70,8% больных, диспансерное наблюдение больных шизофренией – соответственно 60,6% и 86,9%. Такая динамика сужения объема диспансерного наблюдения заставляет обратиться к участковым психиатрам с призывом в дальнейшем повысить уровень взвешенности решения о ведении больных вне диспансерного наблюдения. Здесь вероятно важна была бы рекомендация Российского общества психиатров. Помимо сужения рамок, осуществляется стихийно отход от одного из принципов диспансерного наблюдения – пациент хотя бы 1 раз в году должен быть осмотрен участковым врачом-психиатром. Все больше становится обычным, что в отношении 20–25% таких пациентов этого не происходит, хотя они продолжают считаться под диспансерным наблюдением.

Число посещений населения на одну занятую должность участкового врача-психиатра, ранее сокращавшееся, вновь стало постепенно увеличиваться, а с 2006 года приобрело характер отчетливого тренда (2006 г. – 4 156, в 2011 г. – 4 602). Вместе с тем, одновременно росло число двух видов посещений – в связи с заболеванием и так называемых «профилактических» и их соотношение за это время изменилось в сторону увеличения последних, их доля достигла 40%, а по поводу болезни осталось 60% (это 2 772,8 посещений на одну должность участкового врача-психиатра). Вопрос: можно ли считать это достаточным для качественного амбулаторного ведения больных? Ответ на этот вопрос: в 2011 году число пролеченных больных в амбулаторных условиях уменьшилось на 93 434. Во всяком случае это актуализирует проблему расширения

возможностей участкового врача за счет создания новых амбулаторных лечебно-реабилитационных форм психиатрической помощи без направления больных в больницу.

В последнее пятилетие резко замедлился рост числа медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников в психиатрических учреждениях, более того в 2011 году мы пришли к тому, что количество психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников уменьшилось (табл. 1). Это при том, что полипрофессиональный подход – один из основных принципов оказания психиатрической помощи в настоящее время. До сих пор нет вообще специалистов по социальной работе в 15, социальных работников в 13, медицинских психологов – в 4 территориях.

Вернемся, однако, чтобы перечислить потери службы в штатах и сети учреждений (табл. 2). О

Таблица 2

**Сокращение ресурсов психиатрической помощи и отражение этого на показателях ее деятельности**

Сокращение штатов и сети	Отражение на контингентах больных
1. Врачи- психиатры (физические лица) – 243 человек	Уменьшение выявления больных – 11% Сокращение числа пролеченных больных на 93 443
2. Занято должностей (врачей-психиатров, судебно-психиатрических экспертов, сексологов, психотерапевты) – 969 ед.	
3. Диспансеры и диспансерные отделения – 40 и 1	
4. Психиатрические кабинеты – 286	Уменьшение выявления больных детей – на конец года – 82,7 на 100 тысяч Подростков – на 41,3 на 100 тысяч населения
5. Психотерапевтические кабинеты – 309	
6. Психотерапевты (занятые должности) – 38,25	
7. Специалисты по социальной работе – 14,50	
8. Социальные работники – 84,75	Уменьшение госпитализации на 8% (на 34,7 на 100 тыс. нас.)
9. Детские психиатры (участковые) – 43	
10. Подростковые психиатры (участковые) – 27	
11. Больницы и стационары при диспансерах – 40 и 16	
12. Койки с 2006 г. – 10 258	
Всего – 50 454	

многих уже говорилось (врачи-психиатры – физические лица и значительное сокращение занятых должностей, десятки диспансеров, психиатрические и психотерапевтические кабинеты). Добавим к этому сокращение числа детских и подростковых психиатров, что привело не только к сокращению первичного выявления больных, но также к сокращению контингентов, которым оказывается помощь на конец года, в том числе даже детей, в отношении здоровья которых все время высказывается беспокойство. Мы еще не говорили о стационарах (сокращено 40 больниц и 18 стационаров при диспансерах). Конечно, это в рамках деинституционализации, но это были учреждения, в которых оказывалась психиатрическая помощь.

Психиатрическая служба страны по структурным ресурсам, сокращаясь во всех направлениях, все больше приобретает черты «шагреновой кожи». Все очевиднее обозначилась диссоциация между мероприятиями с тенденцией совершенствования 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 сберегающее-превентивной реабилитации со сдвигом акцента на более ранние этапы течения болезни, сочетающей реабилитацию с профилактикой неблагоприятных последствий психических заболеваний и др.), которая идет в одном направлении, и организационно-структурными сдвигами, замедляющими развитие или идущими в противоположном направлении. Отмечается резкое снижение роли организационно-методических отделов во многих региональных психиатрических службах.

Кратко скажем об оказании недобровольных видов психиатрической помощи, что является прежде всего задачей амбулаторной психиатрии. Если первые годы после введения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» число недобровольно освидетельствованных росло параллельно с недобровольной госпитализацией, то с 1999 года оно показывает обратную динамику (табл. 3).

Динамика с уменьшением этого показателя не понятна. Теперь уже не единичные, как это было в 2006 году, не провели ни одного недобровольно освидетельствования за год, а 22 региональные психиатрические службы. Это трудно объяснить

Таблица 3

Число недобровольно освидетельствованных на 100 тысяч населения (1999–2011 гг.)

1999	2006	2007	2008	2009	2010	2011
9,12	5,04	4,26	4,08	4,94	4,29	3,87

без того, чтобы не предположить о невыполнении этой нормы Закона.

Показатель госпитализированных недобровольно по постановлению суда (табл. 4) существенно увеличился, кроме того, увеличился процент больных, госпитализируемых через суд от общего числа направляемых в стационары в недобровольном порядке согласно ст. 29 – раньше это была треть, теперь больше половины. Однако, во многих территориях уровень недобровольной госпитализации с участием судебного постановления остается очень низким, что требует регулярного обсуждения в коллективах психиатрических учреждений и соответствующих мер.

Таблица 4

Число больных, госпитализированных недобровольно по постановлению суда (ст. 35) в среднем по стране на 100 тысяч населения

2006	2007	2008	2009	2010	2011
15,21	16,34	16,93	22,22	27,73	24,76

Рост числа инвалидов вследствие психических расстройств, связанный с социально-экономическими изменениями 90-х годов, практически прекратился, и показатель первичной инвалидности стабилизировался, но на более высоком уровне. Общее число инвалидов в 2011 году – 1 033 308. Из них 58% – лица трудоспособного возраста. Из состоящих под диспансерным наблюдением 78% – инвалиды, однако процент инвалидов, занятых в традиционных формах социально-трудовой реабилитации, продолжает сокращаться (в ЛТМ занято 0,16%, в спеццехах – 0,5%, на общем производстве – 2,85%). ЛТМ сохранились лишь в 24 территориях из 83. Вся надежда на быстрое развитие отделений внебольничной реабилитации и реабилитационных отделений стационаров. Подготовка к трудоустройству на общих предприятиях – задача не только этих подразделений, но также общественных организаций инвалидов и их родственников.

Из «промежуточных» отделений сохраняют свою роль дневные стационары, хотя в последние два года произошло некоторое снижение числа мест в них, особенно в 2010 году – уменьшение на 705 мест при постоянном росте до того остается непонятным, хотя в 2011 году число мест вновь увеличилось. Если в 2006 году число больных, выписанных из дневных стационаров, равнялось 18,5% выписанных из больниц, то в 2011 году оно составило 21%, что является важным стационарзамещающим эффектом. Роль дневных стационаров имеет потенциал для дальнейшего роста.

В России в настоящее время 309 психиатрических стационаров – 229 больниц и 80 стационаров при диспансерах. По сравнению с 2006 годом сократилось на 40 число больниц и на 18 число стационаров при диспансерах (не ясно сколько из них действительно сокращено, сколько объединено в

одно юридическое лицо), но общее число психиатрических коек продолжало сокращаться (за последние 6 лет уменьшилось на 10 258) и составляет в 2011 году 149 738, а обеспеченность койками на 100 тысяч населения снизилась до 104,8. Это не привело к перегрузке стационаров, наоборот, о чем в определенной степени свидетельствует сокращение числа дней работы койки в году. В целом по стране оно уменьшилось до норматива, хотя свыше чем в 20 территориях сохраняется на уровне 340–350, а в двух даже достигла 400. Сохраняется неравномерность обеспеченности в регионах на 100 тысяч населения психиатрическими койками, но в основном она колеблется от 60 до 230; выше 110 коечная обеспеченность остается в 28, то есть в 1/3 территорий, из них 150 и выше – в 2-х, выше 200 – в 3-х.

Было бы, вероятно, целесообразным с учетом того, что сокращение коек продолжается (за последние 6 лет сокращено свыше 10 тыс. коек) вынести заключение Российского общества психиатров с обращением к региональным структурам о необходимости бережного отношения к ресурсам психиатрической службы, прекращении простого сокращения коечного фонда; лишь в определенных случаях оно может быть обосновано – при одновременном создании новых внебольничных форм помощи.

Возникает вопрос: при указанном сокращении коек как мы не оказались в ситуации чрезвычайного переполнения стационаров? Что изменилось в контингенте больных стационара? Прежде всего, важно отметить снижение уровня госпитализаций за год. С 2000 года он сохранялся стабильно не ниже 464,0 на 100 тысяч населения, стал относительно умеренно снижаться с 2006 года к 2011 году до 430,1 – такого уровня снижения госпитализаций не было за последние десятилетия. Обращает на себя внимание, что сокращение госпитализаций психотических больных, включая шизофрению, примерно такое же, как и больных других диагностических групп в совокупности.

Что действительно сокращается неодинаково, так это длительность пребывания в стационаре выбывших больных; она имеет давнюю тенденцию к неуклонному снижению. Уменьшение этого показателя началось с 1985 года, когда средняя длительность пребывания всех больных в стационаре равнялась 100,6 койко-дня, больных психозами – 123,7, шизофренией – 141,3, непсихотическими расстройствами – 40,1, умственной недостаточностью – 84,0. Длительность госпитализаций всех больных уменьшилась в 2011 году до 76,7 койко/дня, больных психозами – до 99,1, в том числе больных шизофренией – до 107,7 койко/дня. В то же время пребывание в психиатрической больнице лиц с непсихотическими психическими расстройствами и больных с умственной отсталостью мало меняется и стало даже продолжительнее. Сокращение пребывания в больнице происходит за счет пациентов с психоза-

ми (с 1985 г. на 24,6 к/дн.), причем главным образом за счет больных шизофренией – с 1985 года на 33,6 койко/дня. Этот фактор не исчерпал себя, за последнее шестилетие оно продолжалось практически ежегодно.

Теперь обратимся к числу всех больных, находящихся в стационаре на конец года. Процент больных с психозами и шизофренией в стационарах с 1985 года по 2011 год существенно сокращается, соответственно до 68,4% и до 49,0%, а больных с непсихотическими расстройствами и умственной недостаточностью увеличивается – обе последние категории больных в 2011 году составляли 31,5%, практически 1/3 всего контингента. То есть койки, освобождающиеся от психотических больных, заполняются больными других диагностических групп. Можно сказать, что сегодня таков изменившийся портрет в интерьере стационара контингента психически больных.

Есть и другие показатели, которые могли бы влиять на стационарный контингент больных, но они мало меняются.

Повторность госпитализаций в процентах к числу всех поступлений в том же году изменяется мало и остается крайне высокой в отношении больных всех диагностических групп. Все же можно отметить лишь некоторое снижение повторности госпитализаций всех больных с 1999 по 2011 годы (с 22,7 до 21,1%) за счет больных психозами (с 27,9 до 25,2%) и особенно больных шизофренией (с 30,6 до 26,9%). Тем не менее, и сейчас каждый четвертый больной с психозом и каждый 3-й–4-й больной с шизофренией стационарируется повторно после выписки в том же году.

Другой мало меняющийся показатель – число больных, находящихся в психиатрических стационарах более 1 года на 100 тысяч населения. Он практически остается стабильным до 2011 года (22,2% от всех больных в стационаре на конец года).

Наконец, еще об одном показателе, важном для оценки изменений объема стационарного контингента – числе больных ежегодно переводимых в учреждения социального обеспечения. Несколько более высокие цифры в 90-х годах, с 1999 сменились стабильными, в 2011 году это 4,3 на 100 тысяч населения. В настоящее время мест, занимаемых этими больными в учреждениях социального обеспечения, 122 091 или 85,5 на 100 тысяч населения. Это больше, чем в любой другой европейской стране. Здесь мы, по-видимому, достигли потолка потому, что в других странах в это число включаются различные резиденциальные учреждения, деятельность которых направлена на сохранение или возвращение пациентов к самостоятельной жизни, а не только на социальное обеспечение.

Итак, самый подвижный показатель, касающийся в основном психозов, особенно шизофрении – длительность пребывания в стационаре, сокращение ко-

торой определяет уменьшение стационарного контингента психически больных, что является следствием 3-х факторов: 1) терапии, которая позволяет в более короткие сроки купировать симптоматику обострений; 2) амбулаторной терапии, приводящей к патоморфозу, и менее выраженным обострениям, требующим более короткой госпитализации и 3) развитием стационарзамещающих форм помощи.

Приведенный анализ высвечивает и наиболее актуальные задачи стационарной помощи. Во-первых, это профилактика повторных госпитализаций. Здесь можно думать об определенной резистентности к терапии механизмов (как биологических, так и психологических), с которыми связан мало меняющийся показатель повторности обострений, и использовании всех имеющихся средств – стабилизаторов аффекта, пролонгов, психосоциальных воздействий с целью сохранения приверженности к непрерывной фармакотерапии.

Во-вторых, это чрезвычайно высокий уровень показателя и накопления больных, находящихся в стационаре свыше года. При среднем в целом по стране уровне числа больных, находящихся в стационарах более года 22,2%, их свыше 30% – в 12,

свыше 40% – в 5 и свыше 50% – в 6 региональных психиатрических службах. Значительная часть этих накапливающихся в стационарах больных с непрерывным многолетним (в течение 2–3–5-лет) пребыванием в больнице, то есть с феноменом больничного проживания, стало одним из типичных исходов (последствий) шизофрении. Данная проблема становится все более острой и значительной, требует разработки и внедрения системы реабилитации, позволяющей определить путь их возвращения, насколько это возможно, в социум.

И, в-третьих, это активные действия в отношении открывающихся возможностей в связи с внедрением новых более эффективных организационных форм психиатрической помощи, то есть приведения региональных служб психиатрической помощи в соответствие с утвержденным Порядком оказания психиатрической помощи, что в настоящее время становится неотложной актуальной задачей. Сокращение длительности пребывания больных в стационарах повышает задачи внебольничной помощи, в том числе по реабилитации больных, их трудоустройству, работы с семьями, личностно-социальному восстановлению.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы страны // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
2. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В. и соавт. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения // Психическое здоровье. 2011. Т. 63, № 8. С. 3–11.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

### СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ: АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ СОКРАЩЕНИИ ОБЪЕМА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

И. Я. Гурович

Приводится анализ состояния деятельности психиатрической службы в России на основе показателей официальной отчетности (2006–2011 гг.). Показано, что деинституционализация, выразившаяся в основном в сокращении свыше 50 тысяч коек (1/4 всего коечного фонда) без необходимого одновременного развития стационарзамещающих внебольничных форм помощи, и, кроме того, при допущении ослабления по ряду аспектов внебольничного ее раздела, сопровождалась особенно в последние годы ухудшением ряда важных показателей ее деятельности. Сказанное входит в противоречие с мероприятиями по совершенствованию организационно-методического уровня

(обращению к биопсихосоциальному подходу, развитию полипрофессиональных бригадных форм, психосоциальной терапии и реабилитации, разработке новых более эффективных форм помощи). Утверждение Министерством нового Порядка оказания психиатрической помощи, включающего и ряд направленных на расширение и укрепление внебольничных, в том числе реабилитационных подразделений, ставит задачи по их внедрению и улучшает перспективы развития.

**Ключевые слова:** состояние психиатрической службы в России, деинституционализация, стационарная помощь.

### THE STATE OF PSYCHIATRIC CARE SYSTEM IN RUSSIA: CURRENT CHALLENGES AGAINST BACKGROUND SHRINKING OF THE IN-PATIENT CARE

I. Ya. Gurovich

The author analyses the situation with psychiatric care system in Russia using the official statistics (2006–2011). The deinstitutionalization in recent decades has resulted in significant reduction of the number of beds, i.e. by more than 50 thousand (1/4 of the total number of beds), which was not followed by parallel development of the care forms replacing in-patient ones. Besides, the out-patient care system has deteriorated on a number of aspects that has influenced negatively some important parameters of the functioning of the system. These developments contradict the general trends in psychiatry like using

biopsychosocial approach, multidisciplinary team work, psychosocial treatment and rehabilitation, development of new and more effective forms of care). The new regulations concerning provision of psychiatric care (recently approved by the Ministry of Health) envisage further growth and strengthening of the outpatient sector of the psychiatric care, also including rehabilitation units, which is aimed at better perspectives of the psychiatric care system.

**Key words:** state of psychiatric care system in Russia, deinstitutionalization, inpatient care.

---

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе, руководитель отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития; e-mail: prof.gurovich@gmail.com