

## О СОВЕЩАНИИ ГЛАВНЫХ ПСИХИАТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Е. Б. Любов

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

В мае 2008 года в Рязанской Солотче прошло рабочее совещание главных психиатров ЦФО. Обсуждены актуальные проблемы организации психиатрической помощи в регионах, судебно-психиатрической экспертизы, фармакоэкономики (эта тема становится неременной на встречах организаторов здравоохранения и клиницистов), льготного лекарственного обеспечения.

Тугоподвижная, малоэффективная и затратная организация региональных психиатрических служб, их «остаточное» финансирование (не только объем, но структура, питающая в основном больничное звено) мало соответствует модели специализированной помощи нового типа, ориентированной на сообщество (1–2) и социальное выздоровление (3) большинства пациентов.

*Фон деятельности региональных служб.* Продолжается убыль населения в большинстве (кроме Белгородской, Московской) областей ЦФО при абсолютном росте числа врачей в ряде регионов. Сокращение коек в ряде областей от 15 до 1 123 (лидер – Московская область) сопровождается их увеличением в Костромской и Смоленской. Различна выявляемость шизофрении: на Северо-Западе меньше (влияние Ленинградской школы), но эти показатели и не должны быть одинаковыми. Различны показатели умственной отсталости, косвенного показателя социального благополучия населения. Снижение уровня недобровольной госпитализации в ряде областей – индикатор нарушений психиатрического закона. Наибольший уровень госпитализаций – в Московской области. Происходит снижение длительности стационарного, но его усредненные показатели различны: от 90–100 до 42 дней (в Московской области). Ярославская больница, уверенно идущая к юбилею (2010 г.), расположена в зданиях конюшни и бывшей тюрьмы. В больнице децентрализованное отопление (32 техпаспорта для лицензирования на 32 здания). Подмосковные больницы (Ногинск, Электросталь) обеспечены областным бюджетом, но психиатрические кабинеты ЦРБ находятся под ударом (аренда их помещений истекает к 2009 г.). В 9 областях (получены данные о половине территорий ЦФО)

ранжир затрат на койко-день: 296 рублей (Смоленская область) – 714 (Липецкая область); на питание уходит 31–92 рублей, на лекарства 14 (Смоленская загородная больница) – 101 рубль. Зарплата 6–16 тысяч рублей (Тверь). Лидер по зарплатам медперсонала – Московская область; в среднем психиатр получает 27 000 рублей, медсестра – 21 000 и 11 000 младший медперсонал. В отдельных областях (Тверская область) те же выплаты вдвое ниже. Уровень помощи не связан с зарплатой. Предлагаемый Законодательными собраниями областей единый койко-день в ЦФО может лишь служить ориентиром для изучения предельных (не менее 500 руб. с «нормами» питания и лечения) значений. Дневные стационары отсутствуют в отдельных областях, но в Ивановской области обеспеченность полустационарными койками на порядок выше, чем по стране. ЛТМ не упомянуты Трудовым кодексом. Их работники должны быть обеспечены отпусками, иметь трудовые книжки, получать оговоренное вознаграждение. Реабилитационной цели служит смешанный состав вольнонаемных и пациентов. В ряде областей ЛТМ закрыты полностью, сокращены места в других. Однако в Твери из областного бюджета покупают сырье для пошивочного цеха, в Орехово-Зуево налажено производство мебели. Обычно же ЛТМ в структуре крупных больниц нерентабельны, задавлены налогами, не имеют госзаказа. Необходимо лицензирование ЛТМ для реализации продукции. По Федеральному закону происходит передел собственности ЛПУ (и дело не сводится к смене печатей). Глава региона может закрыть любое ЛПУ на областном финансировании; смена местного руководства приводит к временному параличу сменяемого синхронно управления здравоохранения. Гарантии Национального проекта «Здоровье» оказываются не обеспеченными на местах. Лимиты льготников переданы на региональное обеспечение и под контроль территориальных фондов. Субъект Федерации формирует заявку на лекарства и контролирует ее. Руководитель психиатрического ЛПУ и его врачи как исполнители гарантий государства оказываются меж двух огней вышестоящих контролирующих орга-

нов и рядовых «потребителей» психиатрической помощи. Множатся претензии за неадекватную выписку дорогостоящих лекарств. Из сообщений главных психиатров 11 территорий видны различия обеспеченности области и областных центров, то есть, не обеспечено право сельских и городских жителей на равное обслуживание. В отдельных регионах 40% «льготников центра» потребляют до 70% психиатрического бюджета. В абсолютном выражении финансирование психиатрии снижено наполовину (Ивановская область) при снижающемся количестве «льготников». До 40% разочарованных пациентов отказываются от льгот, но продолжают, естественно, пользоваться бесплатной психиатрической помощью. При этом заявка на обеспечение региональных психиатрических бюджетов выполнена на 2–5% Федерального транша (чем озабочен и Премьер Министр РФ). Доминирующие над медицинскими социальные издержки «больших» психических расстройств диктуют необходимость высококачественного бесплатного биопсихосоциального лечения во избежание инвалидности, а не скудный бесплатный «лекарственный поек» инвалиду. Пока же система льготного обеспечения задерживает назначение «дорогого» (выписываемого комиссионно) препарата на 1,5–2 месяца; отмена его не означает возможность лечения другого больного. Дополнительная заявка в Департамент здравоохранения дважды в год на конкретного больного («опоздал – не успел») позволяет персонифицированный учет. В Твери при необходимости в лекарствах на 10 млн. рублей выделены 1 млн. рублей и дополнительные 3 млн. по Закону Тверской области. Больные шизофренией и эпилепсией (но не депрессией и деменцией) получают амбулаторную помощь по Закону и при отказе от пакета льгот. Не инвалиды обеспечены лечением из областного бюджета, инвалиды – из Федерального бюджета. Обеспечение половины больных шизофренией и эпилепсией атипичными антипсихотиками отнесено к высокотехнологичной помощи, но из областного бюджета выделена лишь четверть необходимой суммы. Система аукционов, пришедшая на смену ДЛО, привела уже к массовому

расторжению контрактов с поставщиками, для которых неприемлемы фиксированные низкие цены и отсроченные платежи. *Что нового.* В Рязани открыт Дом на половине пути, построено здание ЦСПЭ, медленно, но верно возводится новый больничный корпус на 120 коек. Новый корпус ждут в Шацке, при этом Церковь участвует в финансировании строительства Центра детского аутизма. В Твери проведен капитальный ремонт «стражного» отделения, но не хватает, как и всюду, штатных должностей (психологов, охраны). Необходимо страхование медперсонала. В Иваново собираются открыть «бесстражное» отделение. В этой связи следует отметить, что лишь каждый десятый пациент из проходящих принудительное лечение получает его амбулаторно. Таким образом, большие усилия и нелишние средства направлены на улучшение жизни больничных пациентов, но пока скромно развивается внебольничная помощь, перепрофилизация запустевающих больничных отделений – скорее исключение. Вместе с тем, открытие на их базе общежитий или психогеронтологических отделений (с частичным софинансированием близкими больных) – апробированный и экономически выгодный (для больницы тоже) подход. Включение психиатрии в ОМС потребует разработки отраслевых стандартов (первый шаг в виде клинических руководств делается). Медицинские стандарты должны гарантировать финансирование психиатрии (сколько «нужно» отрасли – пока не известно), причем рационализация помощи может привести не столько к снижению затрат (в первую очередь, на ресурсоемкую больничную помощь), как к их перераспределению в пользу стационарозамещающих и внебольничных реабилитационных служб. В этой связи полезен был бы экономический анализ деятельности таких «стартовых площадок» в регионах.

В сообщении использованы материалы выступлений докторов Б.И.Гольцова (Липецк), А.П.Кольцова (Рязань), Н.Е.Максимовой (Тверь), А.Р.Махонько (ФГУ ГНЦ Сербского), Е.В.Новицкого (Московская область), А.В.Петрова (Ярославль), Е.В.Руженской (Иваново), А.М.Фтермана (Иваново).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М., 2007. – 572 с.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.:

Медпрактика-М, 2004. – 492 с.

3. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.