

УДК 616.89-082(470)

**О. В. Лиманкин**, канд. мед. наук, главный психиатр эксперт Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ, главный врач  
ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко» (г. Санкт-Петербург)

## ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

В статье рассматриваются тенденции развития стационарной психиатрической помощи в России в постсоветский период (1991—2010 гг.), движение в направлении общественно-ориентированной модели психиатрии. Анализируются показатели деятельности стационарных психиатрических учреждений, развитие стационарозамещающих технологий, финансирование психиатрических служб, а также проблемы, связанные с деинституционализацией.

**Ключевые слова:** стационарная психиатрическая помощь в России в постсоветский период, общественно-ориентированная модель психиатрии, деинституционализация, стационарозамещающие технологии, финансирование психиатрических служб

Последние два десятилетия ознаменованы оживленными дискуссиями о направлениях совершенствования психиатрической помощи. Базовые контуры желаемых изменений, в принципе, определены и в целом совпадают с аналогичными тенденциями в так называемых развитых странах: децентрализация психиатрической помощи и рост многообразия форм ее оказания; приоритетное развитие амбулаторного звена; максимально возможное перемещение помощи в сообщество и активное использование его ресурсов (*community-based psychiatry*), интеграция психиатрии и соматической медицины [1, 2, 9, 16].

Такая доктрина предполагает деинституционализацию, сопровождающуюся сокращением коечного фонда и превращением стационаров из «закрытых» госпиталей в центры восстановительного лечения и психосоциальной реабилитации. Обоснованием служат данные об отрицательном воздействии «госпитализма» [3—5], предпочтительности нахождения пациента по месту жительства для лечебно-реабилитационного вмешательства [2, 16], о снижении экономических затрат при размещении стационарного звена помощи амбулаторным [7].

Несмотря на то, что в настоящее время сама концепция общественно-ориентированной психиатрии, переноса акцента на оказании помощи на амбулаторное звено не подвергается сомнению, вопрос о темпах и границах деинституционализации (трансинституционализации) остается дискуссионным. В этой связи можно выделить несколько проблемных точек.

### 1. Деинституционализация и общество.

Границы экспансии психиатрических служб определяются не столько позицией профессионалов, сколько социумом в целом. Так, имманентный патернализм советской психиатрии был не порождением научной мысли, а определенным социальным заказом: круг всех проблем, связанных не только с болезнью пациента, но и с его профессиональной и семейной жизнью, разными сторонами так называемого социального функционирования — все это было вверено психиатрам. Им был выдан карт-бланш, на них же было возложено и бремя ответственности.

Вопрос о том, насколько психиатрия готова к деинституционализации, следует дополнить другим: насколько готово к этому общество? Представляется, что ответ будет отрицательным. Современное российское общество отличается невысоким уровнем

толерантности в целом, и по отношению к людям с ограниченными возможностями, инвалидам, психически больным в частности. Это обуславливает выраженную степень стигматизации лиц с психическими расстройствами и отторжение их обществом [15].

И. Я. Гурович и Я. А. Сторожакова (2003) отмечают, что среди населения сохраняется критический потенциал в отношении деинституционализации и общественно-ориентированной модели помощи. Особый резонанс (транслируемый через СМИ) вызывают два явления — рост числа бездомных психически больных и уровень общественно опасных действий, совершаемых лицами с психическими расстройствами [16].

В период «дикий» деинституционализации в западных странах в 1960—1970-е гг. значительные группы бывших пациентов стационаров оказались вне социума, пополнили ряды нищих, бездомных и бродяг, стали преступниками или, наоборот, объектами преступных посягательств. Принято считать, что в современных условиях более осторожное перемещение помощи в сообщество (с соответствующим развитием стационарозамещающих и альтернативных госпитализации технологий) позволяет таких негативных последствий избежать [17, 18].

Однако, оценивая результаты сокращения (нередко критического) психиатрических коек в европейских странах, исследователи отмечают параллельный рост уровня недобровольных госпитализаций; рост доли коечного фонда, занимаемой больными, находящимися на принудительном лечении; рост тюремной популяции (как предполагается, в т. ч. за счет психически больных, совершивших общественно опасные деяния). В связи с этим ряд исследователей фиксируют изменения настроений в профессиональной среде, стремление «избегать рисков», прибегая к госпитализации, что по их мнению, свидетельствует о том, что на смену эре деинституционализации, возможно, придет эра реинституционализации [19].

2. Продолжается обсуждение эффективности технологий, призванных уменьшить потребность в стационарной помощи и стать альтернативой госпитализации.

Исследователи отмечают, что развитие «альтернативных» амбулаторных служб нередко оборачивается дроблением услуг, проблемами взаимодействия специалистов и преемственности в оказании помощи.

Мнение о том, что амбулаторное лечение по месту жительства позволяет достичь большей эффективности, нежели стационарное, нуждается, как минимум,

в уточнении. Различия в результатах (уровень повторных госпитализаций, сроки стационарного лечения, возможности трудоустройства и др.) не выражены при длительном (более 1,5—2 лет), а ведение случая (*case management*) весьма затратно и не всегда оправдано. Исследователи подчеркивают, что более важным является не то, где лечится больной, а то, как он лечится. Амбулаторное и стационарное лечение имеют свои преимущества и недостатки и должны сравниваться не по месту оказания, а по задачам [2, 10, 20].

3. Расхожим постулатом является утверждение о том, что стационарная и централизованная помощь всегда дороже амбулаторной, децентрализованной, однако такое утверждение можно признать справедливым лишь с некоторыми оговорками.

Ограниченность ресурсов объективно обуславливает тенденцию к централизации ресурсов из опасения «распыления средств». По этой же причине организаторы здравоохранения отдадут предпочтение стоимостному анализу затрат, ориентированному на максимальный результат «здесь и сейчас». Так, программы психосоциального лечения и реабилитации, ориентированные на отдаленный медико-социальный эффект, на этапе внедрения требуют дополнительных затрат. Внедрение их в практику психиатрических стационаров нередко не уменьшает, а увеличивает сроки стационарного лечения; во внебольничных условиях эти программы стимулируют использование амбулаторных служб, что также порождает дополнительные затраты [15]. И в том, и в другом случае развитие стационарозамещающих технологий требует инвестиций, обучения персонала.

Амбулаторное ведение пациентов дешевле стационарного только при прочих равных условиях. Чем на более низком (с точки зрения затрат) уровне оказывается институциональная помощь, тем меньше будет экономический выигрыш при переходе на амбулаторный вариант помощи, а возможно, такого выигрыша не будет вовсе [15, 19]. Возможно, амбулаторная помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями, выраженным дефектом, беспомощностью, грубыми расстройствами поведения всегда будет дороже госпитальной.

Наличие обозначенных проблем не должно порождать пессимизма в отношении перспектив изменения деятельности психиатрических служб в направлении общественно-ориентированной модели. При этом психиатрические больницы по-прежнему будут оставаться важным сегментом психиатрической службы, и предстоит провести анализ тех групп пациентов, которые, с учетом общего вектора трансинституционализации, сохраняют свое место в контингенте стационарных больных [15].

Утверждение концепции общественно-ориентированной психиатрии нашло отражение в снижении исследовательского интереса к проблемам развития стационарной помощи. По нашим подсчетам, соотношение числа публикаций, посвященных вопросам стационарной и внебольничной помощи, в материалах съездов психиатров России выглядело следующим образом: 1990 г. (VI Всероссийский съезд) — 1:1,1; 2000 г. (13 съезд) — 1:1,2; 2010 г. (15 съезд) — 1:2,8 соответственно.

Однако реальные темпы деинституционализации отстают от эволюции профессиональных представлений.

Психиатрическая служба России остается в значительной степени стационароцентричной. За 20 лет (с 1991 по 2010 гг.) число психиатрических больниц сократилось с 288 до 234, однако в ряде регионов это сокращение было «мнимым» (слияние нескольких больниц в одно юридическое лицо, переименование небольших больниц в «филиалы» крупного стационара).

Число психиатрических коек сократилось с 195 961 до 151 428, т. е. на 23,7%. При этом структура психиатрического коечного фонда изменилась незначительно: в 1991 г. койки для взрослых составляли 93,8%, койки детские — 5,4%, койки психосоматические — 0,8%; в 2010 г. — 92,6%, 6,0%; 1,4% соответственно.

Обеспеченность психиатрическими койками, в расчете на 10 000 населения, уменьшилась с 13,2 до 10,6, т. е. на 19,6% (рис. 1).

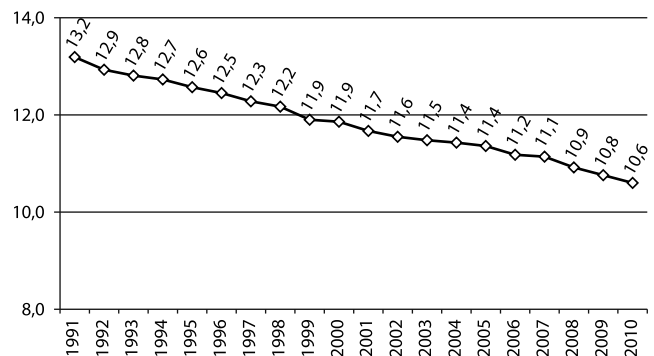


Рис. 1. Число психиатрических коек в Российской Федерации (в расчете на 10 000 населения)

Показатели деятельности психиатрической службы свидетельствуют о том, что потребность в стационарной помощи в рассматриваемый период не уменьшилась. Число дней работы в году психиатрической койки увеличилось с 313,8 до 331,7 дня. Уровень госпитализации вырос с 417,2 до 447,6, в расчете на 100 000 населения, т. е. на 7,3% (рис. 2). Этот рост произошел за счет больных с психическими расстройствами непсихотического характера (рост — 40,0%) и умственной отсталостью (рост — 20,3%); уровень госпитализации больными психозами и/или слабоумием снизился на 10,2% (в том числе, больных шизофренией — на 9,8%). Значительно (на 70,1%) повысился уровень госпитализации детей (0—14 лет) с психическими расстройствами.

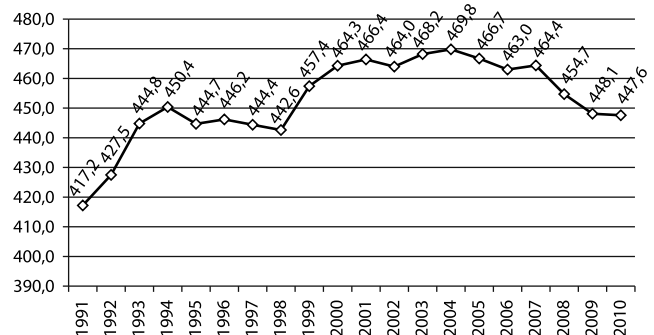


Рис. 2. Число госпитализированных больных с психическими расстройствами — всего (на 100 000 населения)

Доля повторных госпитализаций уменьшилась незначительно (с 21,6% до 20,1%), при этом отмечается некоторый рост повторных госпитализаций больных с непсихотическими психическими расстройствами и умственной отсталостью (рис.3).

За двадцатилетие средний срок стационарного лечения уменьшился на 23,6% — с 98,0 до 74,9 дней. Уменьшение сроков лечения отмечалось в группах больных психозами и/или слабоумием, умственной отсталостью; сроки лечения больных с непсихотическими психическими расстройствами, напротив, увеличились.

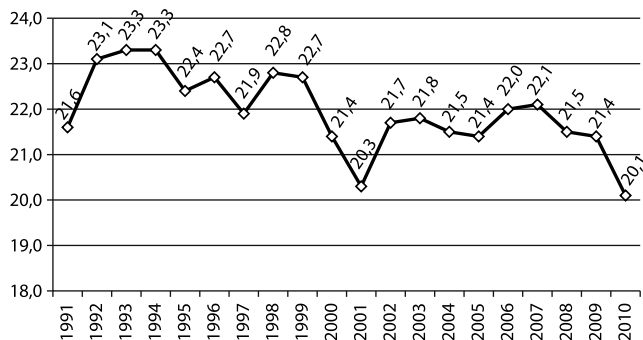


Рис. 3. Удельный вес больных, поступивших в стационар повторно, со всеми психическими расстройствами (в % к общему числу поступивших)

Диагностическая структура контингента больных, находившихся в стационаре на конец года, претерпела некоторые изменения: увеличилась доля больных непсихотическими психическими расстройствами и умственной отсталостью — за счет уменьшения доли больных психозами и/или слабоумием (таблица).

#### Диагностическая структура контингента больных, находящихся в стационаре на конец года (%)

Год	Психозы и/или слабоумие	Психические расстройства непсихотического характера	Умственная отсталость
1991	79,2	11,9	8,9
2010	68,9	19,1	12,0

Наиболее проблемной группой больничного контингента являются пациенты, находящиеся в стационаре свыше 1 года и по сути «блокирующие» пятую часть коечного фонда (в 1991 г. их доля составляла 22,9%, в 2010 г. — 21,3%).

Таким образом, за 20 лет доля стационарного звена в структуре психиатрической службы уменьшилась, но масштабы изменений оказались меньше ожидаемых. Это связано, по крайней мере, с двумя обстоятельствами.

Во-первых, темпы опережающего развития амбулаторных служб были недостаточными. Более того, в течение последних нескольких лет наметилась неблагоприятная тенденция к уменьшению роли амбулаторного звена, о чем свидетельствует сокращение числа психоневрологических диспансеров, психиатрических

и психотерапевтических кабинетов, снижение активности амбулаторных психиатрических служб — возрастание объема консультативно-лечебной помощи (КЛП) за счет уменьшения доли диспансерного наблюдения (ДН) (в 1991 г. соотношение доли ДН и КЛП составляло 79,0% и 21,0%, а в 2010 г. — 43,2% и 56,8% соответственно), снижение доли участковых психиатров, уменьшение числа посещений больных на одну должность участкового психиатра, сохранение низкой доли посещений по поводу заболеваний) [8].

Созданная в советский период система социально-трудовой реабилитации была дезинтегрирована и в значительной части разрушена. Число мест в лечебно-трудовых мастерских для амбулаторных больных уменьшилось с 11,2 до 2,3 в расчете на 100 000 населения, т. е. в пять раз. Система «защищенного жилья» не была создана, ее элементы присутствуют в ограниченном числе регионов, чаще в виде демонстрационных моделей. Число мест в дневных стационарах увеличилось почти наполовину, но в последние годы этот показатель не растет, а снижается.

Второй, может быть, более важной причиной, по которой стала пробуксовывать структурная реформа психиатрической службы, является несоответствие действующих принципов планирования, управления и финансирования психиатрических учреждений современным потребностям.

Л. С. Шевченко и соавт. (2007) отмечают парадоксальную ситуацию в психиатрической службе страны: в отрасли, где хронически не хватает средств, ресурсы выделяются, прежде всего, на дорогостоящую стационарную помощь [10]. Согласно ориентировочным подсчетам В. П. Корчагина (1996), в середине 1990-х гг. в психиатрии на стационарную помощь тратилось 80—85% средств, на амбулаторную — 15—10% [11]. По данным В. С. Ястребова и соавт. (2007), в середине 2000-х гг. финансирование психиатрической службы описывалось следующей пропорцией: стационарная — 64%, амбулаторная — 27%, судебно-психиатрическая — 9% (авторы полагают необходимым изменения этой пропорции на следующую — 45%, 50% и 5% соответственно) [12].

В настоящее время в психиатрии практически повседневно осуществляется нормативное распределение ресурсов: финансирование амбулаторных учреждений производится исходя из фактического числа оказанных ими услуг, а финансирование стационаров — «на койку», т. е. за фактическое число койко-дней. Такая практика не приводит к оптимизации сети, поскольку нацелена на увеличение объема работы, а сами медицинские учреждения, по мнению Л. С. Шевченко (2004), заинтересованы именно в такой оплате труда. Использование способа подушевого финансирования (метода полного фондодержания для внебольничных учреждений и метода глобального бюджета для стационарных учреждений) позволило бы обеспечить мотивацию внебольничных учреждений к расширению объема и повышению качества помощи, а стационаров — к выполнению согласованных объемов работы и реструктуризации службы [13].

Именно несоответствие принципов планирования и финансирования психиатрической службы задачам по ее реформированию обуславливает излишнюю

затратность и стимулирует руководителей стационаров к сохранению максимальных размеров коечного фонда и штата учреждений. Без изменения системы финансирования вряд ли стоит возлагать надежды на предпринимаемые в отдельных регионах попытки реструктуризации — такие, как слияние нескольких больниц в одно юридическое лицо, образование «филиальных» моделей, создание территориально-медицинских объединений (стационар — психоневрологический диспансер) [14].

#### Список литературы

1. Вовин Р. Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении. В кн.: Фармакотерапевтическая основа реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Вовина, Г.-Е. Кюне. — М.: Медицина, 1989. — С. 10—34.
2. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на общество. В кн.: Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. — М.: Медпрактика-М, 2007. — С. 44—56.
3. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13, вып. 1. — С. 5—10.
4. Гурович И. Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б. // Там же. — 2012. — Т. 22, № 1. — С. 5—19.
5. Психиатрическая служба в России в 2006—2011 гг. (динамика показателя и анализ процессов развития) / [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Голланд В. Б., Зайченко Н. М.]. — М.: Медпрактика-М, 2012. — 600 с.
6. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15, вып. 1. — С. 100—104.
7. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей / Б. А. Казаковцев. — М.: Эготар-Медиа, 2009. — 672 с.
8. Корчагин В. П. Состояние финансирования здравоохранения / В. П. Корчагин // Экономика здравоохранения. — 1996. — № 1. — С. 10—19.

9. Лившиц А. Е. Концепция реабилитации в социальной психиатрии : руководство по социальной психиатрии / А. Е. Лившиц; под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 497—516.

10. Лиманкин О. В. Проблемы и перспективы деинституционализации и реформирования стационарной психиатрической помощи. В кн.: Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина (в двух томах). Т. 1. — СПб.: Ковчег, 2009. — С. 110—117.

11. Лиманкин О. В. Актуальные вопросы разработки региональных целевых программ развития психиатрической помощи / О. В. Лиманкин // Психическое здоровье. — 2011. — № 12. — С. 3—15.

12. Логвинович Г. В. Вторичные нарушения адаптации при шизофрении / Г. В. Логвинович // VI Всерос. съезд психиатров. Томск. 24—26 октября 1990 г. : тезисы докладов. Т. 2. — М., 1990. — С. 75—77.

13. Шевченко Л. С. Финансирование психиатрической помощи: региональный опыт и практические рекомендации / Л. С. Шевченко // Психиатрия. — 2004. — № 02(08) — С. 31—35.

14. Шевченко Л. С. Перспективные механизмы повышения структурной эффективности в региональной психиатрической службе / Шевченко Л. С., Солохина Т. А., Румянцев О. С. // Материалы Рос. конф. «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». — М.: Медпрактика-М, 2007. — С. 411—412.

15. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / Энтони В., Коэн М., Фаркас М. ; пер. с англ. — Киев: Сфера, 2001. — 280 с.

16. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи [Ястребов В. С., Солохина Т. А., Шевченко Л. С., Творогова Н. А.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17, вып. 1. — С. 28—32.

17. Bacharach L. L. A conceptual approach to deinstitutionalization / L. L. Bacharach // Hosp. Com. Psychiatry. — 1978. — Vol. 29, № 2. — P. 573—578.

18. Gruenberg E. M. The social breakdown syndrome: Some origins / E. M. Gruenberg // Am. J. Psychiatry. — 1967. — Vol. 123, № 2. — P. 1481—1489.

19. Peter T. Cost-effective or profligate community psychiatry? / T. Peter // Br. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 172 — P. 1—3.

Надійшла до редакції 02.04.2013 р.

**О. В. Лиманкін**

СПб ГБУЗ «Психіатрична лікарня № 1 ім. П. П. Кащенко»  
(м. Санкт-Петербург)

#### Питання розвитку стаціонарної психіатричної допомоги в Росії

У статті розглядаються тенденції розвитку стаціонарної психіатричної допомоги в Росії в пострадянський період (1991—2010 рр.), рух у напрямку суспільно-орієнтованої моделі психіатрії. Аналізуються показники діяльності стаціонарних психіатричних установ, розвиток стаціонаро-замінюючих технологій, фінансування психіатричних служб, а також проблеми, які пов'язані з деінституціоналізацією.

**Ключові слова:** стаціонарна психіатрична допомога в Росії в пострадянський період, суспільно-орієнтована модель психіатрії, деінституціоналізація, стаціонарозамінюючі технології, фінансування психіатричних служб.

**O. V. Limankin**

P. P. Kaschenko 1-st Saint Petersburg City Mental Hospital  
(St. Petersburg)

#### Issues of the Development of Hospital Psychiatric Care in Russia

The article addresses issues relating to the tendencies of the development of hospital psychiatric care in Russia during the post-Soviet period (1991—2010), and the trend towards the community-based model of psychiatry. The article also analyses indicators of functioning of in-patient psychiatric institutions, the development of alternatives to hospitalization, the financing of psychiatric services, and the challenges of deinstitutionalization.

**Key words:** hospital psychiatric care in Russia during the post-Soviet period, community-based psychiatric model, deinstitutionalization, alternatives to hospitalization, financing of psychiatric services.