

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Совершенствование оказания психиатрической помощи на основе
показателей структуры и кадровой обеспеченности психиатрической
службы в Северо-Западном федеральном округе**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 61.311:616.89-083(470.2) (075.4)

Совершенствование оказания психиатрической помощи на основе показателей структуры и кадровой обеспеченности психиатрической службы в Северо-Западном федеральном округе: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: В.С. Скрипов, К.М. Есина, С.В. Ляшковская, В.В. Фрейзе, П.Д. Чернов, Н.В. Семенова. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 24 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Скрипов В.С., Есина К.М., Ляшковская С.В., Фрейзе В.В., Чернов П.Д., Семенова Н.В.

Рецензент: Кочорова Л.В. – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Аннотация

В настоящих методических рекомендациях рассматривается структура психиатрической службы Северо-Западного федерального округа, кадровое обеспечение в разрезе указанного федерального округа, а также показатели деятельности службы. На основании проведенного анализа даны практические рекомендации, направленные на совершенствование психиатрической помощи в современных условиях.

Методические рекомендации предназначены для широкой аудитории специалистов, в том числе врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, руководителей медицинских организаций, организаторов здравоохранения, научных сотрудников, а также ординаторов и аспирантов.

ISBN 978-5-94651-086-8

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
СТРУКТУРА СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ.....	5
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	15
ИНДИКАТОРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ РАБОТУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ.....	18
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	23

Совершенствование оказания психиатрической помощи на основе показателей структуры и кадровой обеспеченности психиатрической службы в Северо-Западном федеральном округе

В. С. Скрипов, К. М. Есина, С. В. Ляшковская, В. В. Фрейзе,
П. Д. Чернов, Н. В. Семенова

ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование оказания медицинской помощи неразрывно связано с непрерывным анализом качества медицинской помощи и принятием соответствующих управленческих решений, основанных на оценке качества. В свою очередь, качество медицинской помощи базируется на трех основных принципах, заложенных в триаду, сформулированную А. Донабедианом еще в 1981 году. Триада складывается из показателей качества «структуры», качества технологий (непосредственно процесса оказания медицинской помощи) и качества результата. Качество «структуры» предполагает под собой ресурсы оказания медицинской помощи, которые включают в себя укомплектованность медицинской организации (МО) кадрами, а также их квалификацию, характеристику зданий, обеспеченность МО оборудованием, наличие документации, регулирующей оказание медицинской помощи. В связи с чем важно отметить, что такие компоненты триады, как качество технологий и результата, находятся в прямой зависимости от структуры. Нельзя забывать и о том, что качество результата оказания медицинской помощи, в глобальном своем масштабе, отражается на региональной заболеваемости. Таким образом, представляется нецелесообразным вносить предложения по совершенствованию оказания психиатрической помощи без анализа рассмотрения соответствующих компонентов, влияющих на качество медицинской помощи.

Важно проводить регулярную сравнительную оценку структуры и показателей деятельности медицинских организаций в региональном разрезе и оценивать влияние динамических изменений в системе здравоохранения, а также проводить оценку глобальных реформ.

В настоящих методических рекомендациях рассматриваются как количественные, так и качественные признаки, характеризующие работу психиатрической службы Северо-Западного федерального округа (СЗФО). Проведен актуальный анализ количества психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров, структур, оказывающих стационарзамещающую медицинскую помощь пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также подразделений, задействованных в оказании реабилитационной помощи данному контингенту больных. Проведен анализ кадрового обеспечения

и укомплектованности. Анализируются показатели эффективности деятельности МО, целевые индикаторы, характеризующие качество оказания психиатрической помощи в глобальном ее масштабе, и заложенные в подпрограммы Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и оценка их достижения. В ходе анализа использовались формы государственной статистической отчетности № 30 «Сведения о медицинской организации» и № 36 «Сведения о контингентах психически больных». Все показатели проанализированы в динамике за 5 лет (с 2015 по 2019 гг.).

СТРУКТУРА СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается в следующих видах: скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь; первичная медико-санитарная; специализированная медицинская помощь. Данное положение указывает на многообразие структур, задействованных в оказании психиатрической помощи населению. Настоящим Порядком рекомендовано относить к МО и их структурным подразделениям, оказывающим медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, следующие специализированные учреждения, отделения и кабинеты: психоневрологический диспансер (диспансерное отделение психиатрической больницы), кабинет участкового врача-психиатра, кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, психотерапевтический кабинет, дневной стационар (отделение), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, лечебно-производственные (трудовые) мастерские психоневрологического диспансера (психиатрической больницы), психиатрическая больница, психотерапевтическое отделение, медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы, отделение медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи.

Кроме того, профилактическая консультативная и лечебная психиатрическая, психотерапевтическая и медико-психологическая помощь пациентам, в том числе пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, оказывается в отделении «Телефон доверия» и кабинете медико-социально-психологической помощи.

Стационарная психиатрическая помощь населению оказывается в условиях психиатрической больницы и в стационарах, входящих в структуру психиатрических диспансеров.

За период с 2015 по 2019 гг. наблюдается сокращение количества психиатрических больниц (табл. 1), что представляется логичным и обусловлено оптимизацией ресурсов системы здравоохранения, а также развитием стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи. Всего в РФ за период с 2015 по 2019 г. количество психиатрических больниц сократилось на 27, а темп убыли составил 13%. В СЗФО за указанный период количество больниц уменьшилось всего на 1. Сокращение произошло за счет г. Санкт-Петербург, где наблюдается наибольшее количество психиатрических больниц.

Таблица 1

Количество психиатрических больниц в СЗФО в период с 2015 по 2019 г.

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
г. Санкт-Петербург	7	7	6	6	6
Калининградская область	4	4	4	4	4
Ленинградская область	4	4	4	4	4
Республика Коми	3	3	3	3	3
Псковская область	2	2	2	2	2
Республика Карелия	1	1	1	1	1
Архангельская область	1	1	1	1	1
Вологодская область	1	1	1	1	1
Мурманская область	1	1	1	1	1
Новгородская обл.	1	1	1	1	1
Ненецкий автономный округ*	0	0	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	25	25	24	24	24
Российская Федерация	207	195	188	184	180

* В Ненецком автономном округе психиатрическое отделение входит в состав многопрофильного стационара.

Оптимизация психиатрической помощи отразилась и на количестве стационаров, входящих в структуру психиатрических диспансеров (табл. 2).

**Количество стационаров в структуре психоневрологических диспансеров
в СЗФО в период с 2015 по 2019 г.**

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
Архангельская область	2	2	2	2	2
Вологодская область	2	2	2	2	2
Новгородская область	2	2	2	2	2
Ленинградская область	1	1	1	1	1
Мурманская область	1	1	1	1	1
Республика Карелия	0	0	0	0	0
Республика Коми	0	0	0	0	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0
Псковская область	0	0	0	0	0
г. Санкт-Петербург	1	1	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	9	9	8	8	8
Российская Федерация	70	64	63	63	59

Вместе с тем, в СЗФО за период с 2015 по 2019 гг. наблюдается закономерное сокращение количества психиатрических коек, аналогичное Российской Федерации в целом (рис. 1). В СЗФО темп убыли составляет $-8,0\%$, а в Российской Федерации — $-6,3\%$.

Интересными представляются результаты анализа изменения длительности занятости койки в среднем за год. Несмотря на то, что количество коек в СЗФО и Российской Федерации снизилось за предшествующие пять лет (рис. 1), среднегодовая занятость койки как в СЗФО, так и Российской Федерации не возросло, а напротив — снизилось на 5 и на 14 койко-дней соответственно (рис. 2).

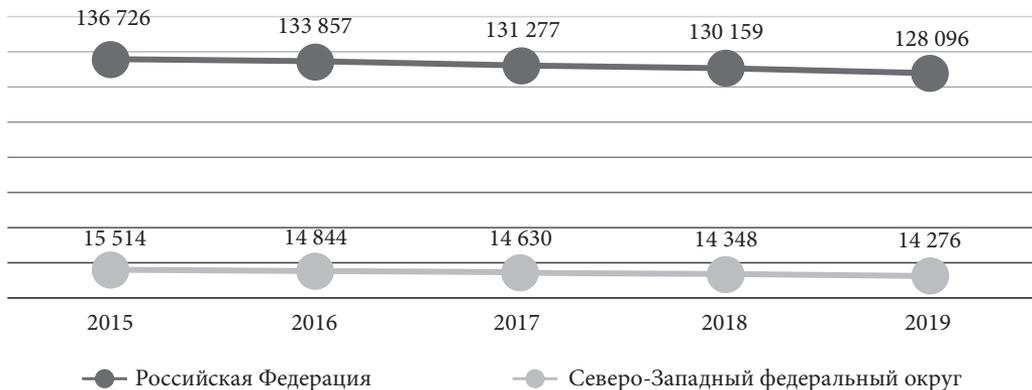


Рис. 1. Динамика изменения количества психиатрических коек в период с 2015 по 2019 гг.

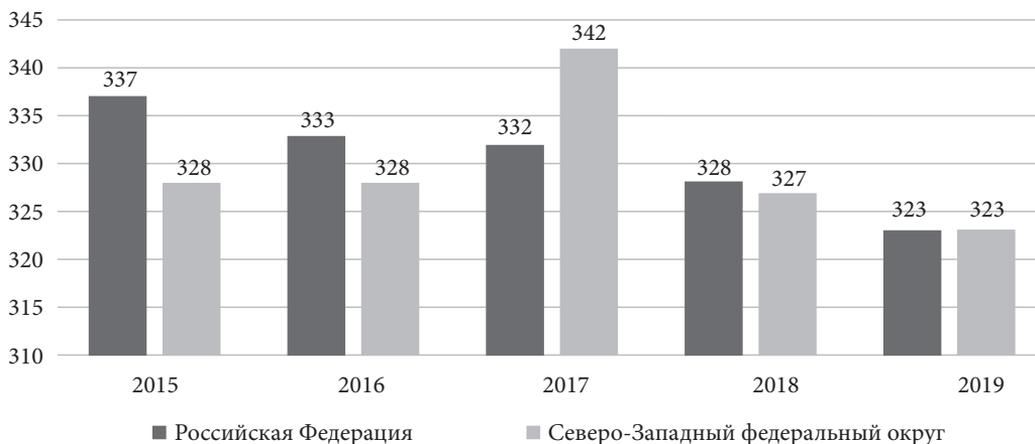


Рис. 2. Динамика среднегодовой занятости койки в СЗФО и Российской Федерации в период с 2015 по 2019 гг. (койко-дни)

Стационарзамещающие формы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации представлены преимущественно дневными стационарами, которые могут быть структурными подразделениями как психиатрической больницы, так и психоневрологических диспансеров. Кроме того, данные технологии могут быть представлены стационарами ночного пребывания и стационарами на дому.

В таблице 3 приводятся данные о количестве дневных стационаров в субъектах, входящих в СЗФО и в Российской Федерации. Наглядно представлен значимый прирост таких структурных подразделений в Российской Федерации — с 259 до 858 (на 231,3%), и более плавное увеличение их в СЗФО — с 30 до 36 (на 20%).

Правомерно считать негативной динамику уменьшения количества дневных стационаров. Так, в Ленинградской области их количество уменьшилось с 6 до 1, а в Республике Карелия и Ненецком Автономном округе в 2019 году наблюдается их полное отсутствие.

Таблица 3

Количество дневных стационаров психоневрологических диспансеров (психиатрических больниц) в СЗФО в период с 2015 по 2019 г.

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
г. Санкт-Петербург	11	16	16	16	17
Республика Коми	2	2	2	2	4
Архангельская область	3	3	4	4	4
Псковская область	0	0	0	0	4
Вологодская область	2	2	2	2	2
Мурманская область	2	2	2	0	2
Калининградская область	1	1	1	1	1
Ленинградская область	4	7	0	6	1
Новгородская область	1	1	1	1	1
Республика Карелия	4	4	4	4	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	30	39	33	36	36
Российская Федерация	259	282	283	305	858

При рассмотрении пациенто-мест (в том числе не входящих в обособленные отделения «Дневной стационар») также отмечается тенденция к увеличению их количества как в целом в СЗФО, так и в Российской Федерации. В Псковской области наблюдается незначительное снижение количества мест дневного пребывания (на 3 места за 5 лет). А в Ненецком автономном округе дневные стационары, как и места, отсутствуют вовсе (табл. 4).

Количество развернутых по смете мест в дневном стационаре

Субъект Российской Федерации	Год					Темп прироста (%)
	2015	2016	2017	2018	2019	
г. Санкт-Петербург	2120	2100	2110	2225	2267	6,9
Вологодская область	280	280	285	285	285	1,8
Республика Карелия	121	119	119	119	139	14,9
Республика Коми	85	99	99	106	101	18,8
Мурманская область	70	65	65	90	90	28,6
Псковская область	65	50	50	62	62	-4,6
Архангельская область	52	48	50	50	60	15,4
Калининградская область	20	30	30	30	30	50,0
Ленинградская область	21	26	0	79	26	23,8
Новгородская область	25	25	25	25	25	0,0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0	0,0
Северо-Западный федеральный округ	2859	2842	2833	3071	3085	7,9
Российская Федерация	19 416	20 987	20 913	21 663	21 823	12,4

Иные формы стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения (стационар на дому, ночной стационар) не регламентированы профильным порядком оказания медицинской помощи, в связи с чем не могут являться облигатными. Нельзя не отметить важность стационаров на дому, как одного из механизмов социализации больных с психическими расстройствами. Кроме того, особое значение такие стационары приобретают в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Из таблицы 5 видно, что количество стационаров на дому в Российской Федерации увеличилось за пятилетний период с 19 до 27 (на 42%). При этом в СЗФО лишь в Ленинградской области имеется такая форма оказания медицинской помощи.

**Количество ночных стационаров и стационаров на дому в СЗФО
в период с 2015 по 2019 г.**

Субъект Российской Федерации	Ночной стационар					Стационар на дому				
	Год					Год				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Республика Карелия	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
Республика Коми	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Архангельская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Вологодская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Ленинградская область	0	6	0	0	0	0	0	0	3	1
Мурманская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Новгородская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Псковская область	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
г. Санкт-Петербург	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	0	6	0	0	0	2	2	1	4	1
Российская Федерация	1	8	3	4	0	19	16	14	19	27

Амбулаторная помощь больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения представлена преимущественно психоневрологическими диспансерами и кабинетами, в условиях которых оказывается, как лечебно-диагностическая помощь, так и профилактическая помощь населению.

Так, количество психоневрологических диспансеров в СЗФО снизилось за последние пять лет. Аналогичная ситуация наблюдается и в Российской Федерации в целом (табл. 6). Данное обстоятельство связано, в первую очередь, с деинституализацией психиатрической службы — одной из главных тенденций развития психиатрической помощи.

**Количество психоневрологических диспансеров в СЗФО
в период с 2015 по 2019 г.**

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
г. Санкт-Петербург	11	11	10	10	10
Архангельская область	3	3	3	3	2
Вологодская область	2	2	2	2	2
Новгородская область	2	2	2	2	2
Ленинградская область	1	1	1	1	1
Мурманская область	1	1	1	1	1
Республика Карелия	1	1	1	1	0
Республика Коми	0	0	0	0	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0
Псковская область	0	0	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	21	21	20	20	18
Российская Федерация	92	85	83	83	76

Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия», кабинет участкового врача-психиатра осуществляет такие функции как: консультативно-лечебная помощь, диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, а также ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено Законодательством. Первостепенное значение данные кабинеты приобретают в решении вопросов маршрутизации пациентов, страдающих психическими расстройствами. В связи с этим, важно планировать их организацию в отдаленных районах субъектов (табл. 7).

В ряде субъектов СЗФО отмечается недостаток таких кабинетов или даже уменьшение их количества (Ленинградская область и Республика Коми). Данное обстоятельство связано с дефицитом кадров в районах, входящих в субъект.

Количество психиатрических кабинетов в СЗФО в период с 2015 по 2019 г.

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
Республика Коми	30	29	31	31	27
Калининградская область	22	26	27	26	27
Псковская область	25	24	24	24	27
Архангельская область	25	27	25	25	26
Вологодская область	23	22	25	26	26
Мурманская область	18	17	24	22	23
г. Санкт-Петербург	18	23	18	18	21
Республика Карелия	14	15	16	16	16
Новгородская область	17	16	15	14	15
Ленинградская область	31	29	26	21	11
Ненецкий автономный округ	1	1	1	1	1
Северо-Западный федеральный округ	224	229	232	224	220
Российская Федерация	2288	2293	2274	2319	2374

Реабилитационная работа с больными, страдающими психическими расстройствами и расстройствами поведения, осуществляется на базе медико-реабилитационных отделений. Данные о количестве таких отделений в СЗФО и Российской Федерации представлены в таблице 8.

Важным этапом реабилитации больных с психическими расстройствами является трудотерапия и трудовое обучение таких больных. Данное направление реабилитации может осуществляться преимущественно в лечебно-производственных (трудовых) мастерских (ЛПМ), которые входят в структуру психиатрических больниц или психоневрологических диспансеров. Вместе с тем, система, разработанная и внедренная в работу психиатрической службы еще в период СССР, сейчас претерпела негативные изменения. Количество таких мастерских сократилось в разы. Только лишь в 5 субъектах, входящих в состав СЗФО, имеются ЛПМ (табл. 9).

Таким образом, количество психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров уменьшилось, что обусловлено реформами, направленными на оптимизацию системы здравоохранения (деинституализация психиатрической службы). Наряду с этим, с возрастанием роли стационарзамещающих технологий планомерно увеличилось количество дневных стационаров за рассматриваемый пятилетний период.

Таблица 8

**Количество медико-реабилитационных отделений в СЗФО в период
с 2015 по 2019 г.**

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
Республика Карелия	1	1	1	1	1
Архангельская область	1	1	1	1	1
Ленинградская область	0	0	2	2	1
Мурманская область	1	2	1	1	1
Новгородская область	1	1	1	1	1
г. Санкт-Петербург	1	1	1	1	1
Республика Коми	0	0	0	0	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0
Вологодская область	0	0	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0
Псковская область	0	0	0	0	0
Северо-Западный федеральный округ	5	6	7	7	6
Российская Федерация	34	31	34	38	41

Таблица 9

**Количество лечебно-производственных (трудовых) мастерских в СЗФО
в период с 2015 по 2019 г.**

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
г. Санкт-Петербург	2	2	2	2	2
Республика Карелия	1	1	1	1	1
Республика Коми	0	0	0	0	1
Архангельская область	1	1	1	1	1
Вологодская область	1	1	1	1	1
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0
Ленинградская область	0	0	0	0	0
Мурманская область	0	0	0	0	0
Новгородская область	0	0	0	0	0
Псковская область	0	0	0	0	0

Субъект Российской Федерации	Год				
	2015	2016	2017	2018	2019
Северо-Западный федеральный округ	5	5	5	5	6
Российская Федерация	30	33	33	33	33

Важно рассмотреть возможность расширения сети ЛПМ как основы трудоустройства и трудового обучения больных, страдающих психическими расстройствами, находящимися в ремиссии.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

За период с 2016 по 2019 гг. обеспеченность кадрами в СЗФО снизилась (темп убыли составил –2,6%). В целом, данная картина характерна для всех регионов, входящих в состав СЗФО, кроме Республики Карелия, Ненецкого автономного округа и Ленинградской области (табл. 10). Вместе с тем, в 7 из 11 субъектов СЗФО обеспеченность кадрами на 10 000 населения превышает аналогичный показатель по Российской Федерации по состоянию на 2019 г. (рис. 3).

Таблица 10

Обеспеченность населения врачами-психиатрами (на 10 000 населения)

Субъект Российской Федерации	Год				Темп прироста (%)
	2016	2017	2018	2019	
г. Санкт-Петербург	1,62	1,57	1,54	1,57	-3,1
Республика Карелия	1,21	1,25	1,25	1,33	9,9
Ненецкий автономный округ	0,68	0,91	0,68	0,91	33,8
Республика Коми	0,94	0,94	0,92	0,9	-4,3
Вологодская область	0,95	0,92	0,91	0,9	-5,3
Новгородская область	1	0,97	0,9	0,9	-10,0
Архангельская область	1,02	1,01	0,93	0,85	-16,7
Калининградская область	0,82	0,79	0,76	0,78	-4,9
Ленинградская область	0,62	0,69	0,7	0,71	14,5
Псковская область	0,73	0,69	0,64	0,65	-11,0
Мурманская область	0,7	0,74	0,7	0,61	-12,9
Северо-Западный федеральный округ	1,15	1,14	1,11	1,12	-2,6
Российская Федерация	0,83	0,83	0,82	0,82	-1,2

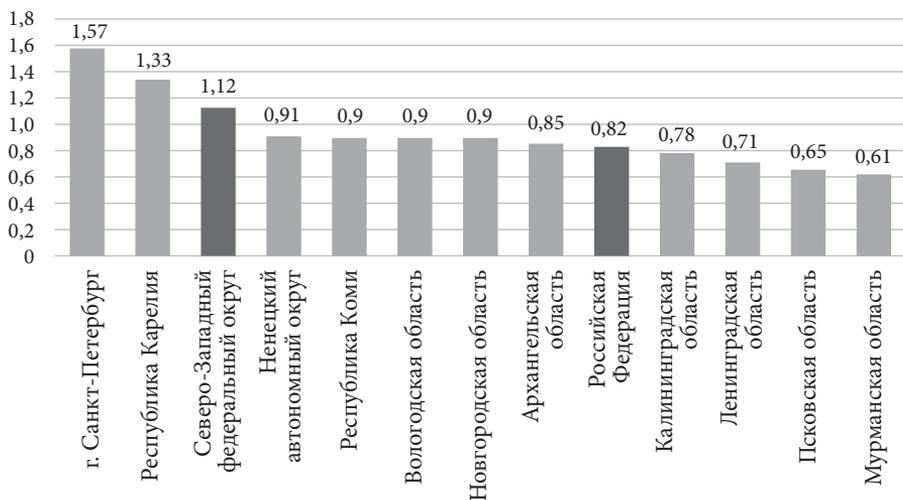


Рис. 3. Обеспеченность населения врачами-психиатрами в 2019 г.
(на 10 000 населения)

Аналогичная отрицательная динамика наблюдается и с укомплектованностью кадрами психиатрических служб СЗФО и Российской Федерации в целом (табл. 11). Данное обстоятельство закономерно объясняется снижением уровня обеспеченности кадрами.

Таблица 11

Укомплектованность врачами-психиатрами (%)

Субъект Российской Федерации	Год				Темп прироста (%)
	2016	2017	2018	2019	
Калининградская область	82,23	79	76,38	78,79	-4,2
г. Санкт-Петербург	74,85	75,87	76,48	77,94	4,1
Ненецкий автономный округ	70,59	64	46,15	66,67	-5,6
Республика Карелия	73,61	73,24	70	66,26	-9,99
Архангельская область	73,79	71	67,41	63,5	-13,9
Ленинградская область	61,07	61,31	58,69	57,96	-5,1
Вологодская область	53,21	49,94	50,54	57,22	7,5
Мурманская область	52,48	62,22	59,6	56,62	7,9
Республика Коми	57,87	52,67	52,6	55,35	-4,4
Новгородская область	52,25	50	48	46,85	-10,3
Псковская область	53,87	49,44	44,32	45,68	-15,2
Северо-Западный федеральный округ	68,12	67,56	66,69	67,83	-0,4
Российская Федерация	61,05	60,44	59,79	60,23	-1,3

Важным объективным показателем степени дополнительной нагрузки на врача является коэффициент совместительства. Согласно Трудовому кодексу Российской Федерации в дни, когда по основному месту работы работник свободен от исполнения трудовых обязанностей, он может работать по совместительству полный рабочий день (смену). В течение одного месяца (другого учетного периода) продолжительность рабочего времени при работе по совместительству не должна превышать половины месячной нормы рабочего времени (нормы рабочего времени за другой учетный период), установленной для соответствующей категории работников (ст. 284 ТК РФ). Напряженный график работы может приводить к профессиональному выгоранию медицинских работников, что в свою очередь сказывается на качестве оказания медицинской помощи. Установлено, что в Новгородской области, Республике Коми и Псковской области коэффициент совместительства у врачей-психиатров превышает 1,5 ставок. Наряду с этим, в некоторых регионах наблюдается увеличение коэффициента совместительства (табл. 12).

Таблица 12

Коэффициент совместительства

Субъект Российской Федерации	Год				Темп прироста (%)
	2016	2017	2018	2019	
Новгородская область	1,85	1,91	1,97	2,02	9,2
Республика Коми	1,67	1,82	1,83	1,73	3,6
Псковская область	1,53	1,63	1,81	1,71	11,8
Ленинградская область	1,45	1,35	1,46	1,5	3,4
Мурманская область	1,62	1,31	1,42	1,49	-8,0
Ненецкий автономный округ	1,42	1,44	1,92	1,44	1,4
Вологодская область	1,57	1,75	1,44	1,44	-8,3
Республика Карелия	1,31	1,32	1,38	1,3	-0,8
г. Санкт-Петербург	1,23	1,19	1,2	1,2	-2,4
Архангельская область	1,26	1,19	1,16	1,17	-7,1
Калининградская область	1,15	1,17	1,17	1,14	-0,9
Северо-Западный федеральный округ	1,34	1,32	1,33	1,32	-1,5
Российская Федерация	1,46	1,44	1,45	1,4	-4,1

ИНДИКАТОРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ РАБОТУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

С целью оценки работы психиатрической службы регионов, входящих в состав СЗФО, важно анализировать ключевые показатели и достижение целевых значений. Так, в качестве целевых индикаторов логичным представляется выбор показателей, которые описаны в рубриках программы «Развитие здравоохранения».

Количество больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение, тесно взаимосвязано с качеством работы службы, так как этот показатель отражает «активность» службы.

Наибольшее количество больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение, установлено в г. Санкт-Петербург, Новгородской, Вологодской и Калининградской областях. А наименьшее — в Архангельской области, Республике Коми, Ленинградской области, Ненецком АО, и Мурманской области (табл. 13).

Таблица 13

Больные психическими расстройствами и расстройствами поведения, впервые взятые под диспансерное наблюдение за период с 2015 по 2019 г. (на 100 000 населения)

Субъект Российской Федерации	Год					Ранговый номер (2019 год)	Темп прироста 19/15
	2015	2016	2017	2018	2019		
г. Санкт-Петербург	86,7	83,1	86,6	89,1	88,0	1	1,5
Новгородская область	69,0	69,0	68,3	60,5	56,8	2	-17,7
Вологодская область	31,6	27,7	38,1	43,8	53,2	3	68,2
Калининградская область	48,7	41,3	37,5	31,5	50,1	4	2,8
Псковская область	50,3	38,0	35,5	33,0	31,9	5	-36,5
Республика Карелия	39,4	36,0	37,1	29,3	30,7	6	-22,1
Архангельская область без Ненецкого автономного округа	15,8	20,2	20,7	21,6	23,9	7	51,6
Республика Коми	26,1	26,6	26,0	23,0	22,9	8	-12,5
Ленинградская область	20,4	20,2	29,3	20,3	22,1	9	8,1
Ненецкий автономный округ	50,5	34,2	22,7	18,2	20,5	10	-59,3
Мурманская область	11,9	9,1	10,1	9,5	9,4	11	-21,4
Северо-Западный федеральный округ	52,3	49,7	52,9	51,9	53,9		3,0
Российская федерация	42,9	41,0	40,4	40,3	40,0		-6,7

Анализ числа больных психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года (на 100 000 населения), показал, что наибольшее количество таких больных зафиксировано в Новгородской, Псковской областях и г. Санкт-Петербург. А наименьший — в Мурманской, Архангельской и Ленинградской областях (табл. 14). С одной стороны, данный показатель может отражает «активность» службы, а с другой — может говорить о длительном или неэффективном лечении и «накоплении» пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении.

Таблица 14

**Больные психическими расстройствами и расстройствами поведения,
состоящие под диспансерным наблюдением на конец года
(на 100 000 населения)**

Субъект Российской Федерации	Год					Темп прироста	Ранговый номер (по темпу прироста)
	2015	2016	2017	2018	2019		
Новгородская область	2055,1	2003,8	1974,0	1955,2	1927,7	-6,2	9
Псковская область	1358,2	1345,1	1376,2	1373,6	1352,5	-0,4	3
г. Санкт-Петербург	1289,6	1256,5	1231,1	1236,9	1247,1	-3,3	4
Республика Карелия	1070,1	1072,3	1043,7	1018,8	992,1	-7,3	10
Вологодская область	996,4	961,9	945,3	937,6	952,0	-4,5	5
Ненецкий автономный округ	880,5	926,3	943,2	910,4	905,8	2,9	1
Калининградская область	844,8	814,2	803,2	790,6	794,3	-6,0	8
Республика Коми	855,6	829,1	819,6	803,5	775,6	-9,4	11
Мурманская область	742,5	722,7	710,5	710,6	705,0	-5,0	7
Архангельская область без Ненецкого автономного округа	669,0	651,8	652,0	653,4	636,1	-4,9	6
Ленинградская область	595,3	577,2	579,1	557,7	599,1	0,6	2
Северо-Западный федеральный округ	1062,3	1036,1	1022,3	1016,5	1020,8	-3,9	
Российская Федерация	1048,3	1020,9	1007,1	989,3	981,4	-6,4	

Одним из перспективных направлений оказания психиатрической помощи является бригадный метод лечения пациентов. Такой подход используется как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения. Доказано, что

психиатрическая помощь, оказанная с применением бригадного подхода, значительно снижает повторность госпитализаций пациентов в стационар.

В целом в СЗФО доля больных, охваченных бригадным методом в общем числе выписанных из стационара и доля пациентов, страдающих психическими расстройствами, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи в общем числе пациентов превышает аналогичные показатели по Российской Федерации (табл. 15 и 16).

В Республике Карелия, Республике Коми, г. Санкт-Петербург, Архангельской и Вологодской областях доля больных, охваченных бригадным методом, в общем числе выписанных из стационара значительно превышает аналогичный показатель по Российской Федерации (табл. 15).

Таблица 15

Доля больных, охваченных бригадным методом в общем числе выписанных из стационара (%)

Субъект Российской Федерации	Год					Ранговый номер (2019 год)	Темп прироста	Ранговый номер (по темпу прироста)
	2015	2016	2017	2018	2019			
Республика Карелия	54,3	64,1	77,3	89,0	96,1	1	76,9	3
Республика Коми	50,2	44,9	67,7	47,6	52,5	2	4,4	5
г. Санкт-Петербург	63,6	45,9	40,7	46,4	51,8	3	-18,6	7
Архангельская область	26,8	25,7	37,5	46,8	48,5	4	81,0	2
Вологодская область	44,7	40,4	40,5	48,6	46,7	5	4,5	4
Калининградская область	36,9	22,9	20,3	29,8	26,5	6	-28,3	9
Псковская область	12,0	17,6	0,8	32,8	24,8	7	107,4	1
Мурманская область	26,4	0,0	15,5	49,3	20,4	8	-22,7	8
Ленинградская область	31,3	41,7	52,2	46,8	9,0	9	-71,2	11
Новгородская область	12,5	6,7	6,2	5,8	5,7	10	-54,8	10
Ненецкий автономный округ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11	0,0	6
Северо-Западный федеральный округ	47,2	37,2	38,5	44,9	42,6		-9,7	
Российская Федерация	33,1	32,7	32,3	34,8	34,0		2,7	

Несколько меньший охват бригадными формами оказания психиатрической помощи наблюдается в рамках оказания амбулаторной помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами. Однако показатель в целом по СЗФО превышает аналогичный по Российской Федерации — 15% против 9,3% соответственно (табл. 16).

Таблица 16

Доля пациентов, страдающих психическими расстройствами, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи (доля в общем числе пациентов,%)

Субъект Российской Федерации	Год					Ранговый номер (2019 год)	Темп прироста	Ранговый номер по темпу прироста
	2015	2016	2017	2018	2019			
г. Санкт-Петербург	29,8	30,9	30,5	28,3	29,6	1	-0,9	8
Мурманская область	16,5	23,4	23,1	28,7	21,2	2	28,6	5
Республика Коми	9,0	9,7	11,1	10,8	11,9	3	32,6	3
Вологодская область	7,6	7,9	11,3	12,5	9,9	4	30,6	4
Республика Карелия	1,9	3,4	6,5	8,1	6,2	5	217,0	1
Архангельская область	3,5	3,9	5,5	6,0	5,8	6	65,3	2
Псковская область	3,2	0,0	2,8	2,5	0,5	7	-83,7	9
Ленинградская область	2,7	0,1	0,1	0,1	0,1	8	-96,7	10
Ненецкий автономный округ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9	0,0	6
Новгородская область	0,0	0,0	39,7	0,0	0,0	10	0,0	7
Калининградская область	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	11	-100,0	11
Северо-Западный федеральный округ	14,0	14,4	17,4	15,1	15,0		7,3	
Российская Федерация	8,7	8,7	8,9	8,7	9,3		7,2	

Важным показателем, характеризующим работу амбулаторной и стационарной психиатрической службы, является показатель повторных госпитализаций в течение года. Данный показатель заложен в программу «Развитие здравоохранения» и имеет соответствующий целевой уровень. Так, для 2019 года целевое

значение — не более 20,76% повторных госпитализаций в стационар за год. В СЗФО данный показатель незначительно превышает целевое значение, и составляет 20,96%. Однако в ряде регионов СЗФО данный показатель превышает существенно, в т. ч. в Республике Коми, Калининградской области, Ленинградской области, Архангельской области, Мурманской области, Республике Карелия и в Ненецком АО (табл. 17). Данный факт не всегда корректно связывать с качеством лечения. Превышение целевого индикатора может быть связано с несовершенством организационной составляющей перевода пациентов, например, выписка из лечебного отделения и перевод в медико-реабилитационное отделение того же стационара. В результате такой ситуации пациент поступает в стационар дважды с одним и тем же диагнозом, однако в рамках лечения одного случая заболевания.

Таблица 17

Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года (%)

Субъект Российской Федерации	Год					Ранговый номер (2019 год)	Темп прироста	Ранговый номер (по темпу прироста)
	2015	2016	2017	2018	2019			
Псковская область	10,4	11,7	12,8	9,4	12,96	1	24,1	10
Вологодская область	11,7	12,3	13,8	12,3	13,46	2	15,1	5
Новгородская область	17,7	16,4	15,6	18,3	17,36	3	-2,0	9
г. Санкт-Петербург	22,5	22,3	21,6	22,3	20,58	4	-8,5	11
Республика Коми	22,1	23,3	18,5	22,3	21,93	5	-1,0	2
Калининградская область	31,1	29,5	20,1	17,1	22,73	6	-26,9	6
Ленинградская область	10,8	12,4	23,6	15,4	23,45	7	117,5	7
Архангельская область	26,7	28,9	25,1	26,9	26,86	8	0,6	3
Мурманская область	27,2	28,9	32,0	32,9	28,45	9	4,6	8
Республика Карелия	29,4	31,2	27,4	28,0	30,97	10	5,5	1
Ненецкий автономный округ	22,4	31,8	37,3	35,5	35,06	11	56,5	4
Северо-Западный федеральный округ	20,8	21,1	20,9	20,6	20,96		1,0	
Российская Федерация	20,8	20,2	19,8	19,2	18,96		-8,6	
Целевой индикатор	20,93	20,89	20,85	20,81	20,76			

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

По результатам проведенного ретроспективного анализа можно отметить следующее:

1) За исследуемый период наблюдается снижение количества психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров, что связано с оптимизацией психиатрической помощи.

2) В целом в СЗФО, как и в Российской Федерации, увеличивается как количество дневных стационаров, так и количество мест в таких стационарах.

3) Важно рассматривать сохранение такой организационной формы, как стационар на дому, или возможность мобильно развернуть такую помощь.

4) Наблюдается недопустимо малое количество лечебно-производственных (трудовых) мастерских, которые являются одной из основ социализации больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

5) В значимой доле регионов наблюдается снижение как обеспеченности врачами-психиатрами, так и укомплектованности медицинских организаций данными специалистами.

6) Дефицит кадров напрямую влияет на уровень нагрузки на врачей-психиатров, тем самым возрастает коэффициент совместительства, который в ряде случаев превышает пороговое допустимое значение — 1,5 ставки.

7) В ряде регионов наблюдаются как крайне низкие, так и чрезмерно высокие показатели числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение и больных, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года. В связи с чем требуется корректировка работы психиатрических служб регионов.

8) Необходимо совершенствовать систему учета повторно поступивших пациентов, так как в ряде случаев это негативно влияет на целевой индикатор «Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года».

В связи с вышеизложенным можно выделить основные *пути совершенствования психиатрической помощи на современном этапе*.

При оценке структуры службы помимо необходимости выделения соответствующего бюджета на закупки оборудования, проведения капитального ремонта, а в ряде случаев и вовсе строительства новых зданий, возникают и другие немаловажные вопросы. Важно уделять достаточное внимание и развивать стационарзамещающие технологии, в том числе не забывать о такой форме оказания помощи, как стационар на дому. В рамках совершенствования медико-социальной реабилитации пациентов, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, необходимо рассмотреть возможность возвращения такого структурного подразделения как ЛПМ, но с решением соответствующих юридических и нормативно-правовых вопросов.

В связи с нарастающим дефицитом кадров в ряде регионов необходимо задуматься над повышением привлекательности и престижности профессии, в том числе путем материального мотивирования. Так, в 30 регионах, курируемых ФГБУ

«НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, проведена оценка уровня заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала. По результатам данной проверки было установлено, что дорожная карта по заработной плате специалистов не выполняется среди врачей — в 20 субъектах (66,7%), а среди среднего и младшего медперсонала — в 18 субъектах (60%). Кроме того, безусловно требуется увеличение квот на целевые места для обучения по специальностям «психиатрия», «психотерапия».

С целью устранения статистических неточностей и получения грамотной и достоверной статистической информации требуется совершенствование системы статистического учета.

Важным вопросом в эпоху информатизации здравоохранения представляется развитие информационных технологий и внедрение их в службы охраны психического здоровья. Развитие медицинских информационных систем позволит автоматизировать процессы оказания непосредственно медицинской помощи. Кроме того, можно полагать, что внедрение таких систем на региональном уровне повысит качество медицинской помощи и, что немаловажно, преемственность в работе служб, в том числе амбулаторной и стационарной.