# Стандартизация в области сетевого планирования учреждений

Доли городского и сельского населения трудоспособноговозраста в России составляют 75 и 25% соответственно.
Известно, что первичная инвалидность вследствие психическихрасстройств выше в регионах с более высокой плотностью населения. С другойстороны, в сельских районах, где плотность населения меньше, но при этом именьше возможностей трудового устройства лиц с психическими расстройствами,происходит накопление в населении инвалидов с указанной патологией. Поимеющимся данным, обеим тенденциям способна противостоять лучшая организацияпсихиатрической помощи, включающая в себя ее децентрализацию иполипрофессиональный подход.
Цель данного сообщения – показать, каким образом всоответствии с необходимостью приближения психиатрической помощи к населению,как того требует Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи игарантиях прав граждан при ее оказании" [1], можно территориальнораспределить различные по профилю психиатрические и психотерапевтическиеучреждения и подразделения в разного типа регионах России.
Предусмотренная Федеральной целевой программой разработкасоответствующих медико-географических данных была проведена нами совместно синститутом ГИПРОНИИЗДРАВ в период с 1996 по 1998 г. [2–4].
Для сетевого планирования учреждений, оказывающихпсихиатрическую и психотерапевтическую помощь, было выделено 6 типов регионов,различающихся общей численностью населения, общей площадью территории региона ипреобладающим размером территории сельских административных районов (табл. 1).
С учетом фактического к настоящему времени распределенияучреждений и подразделений, а также действующих с 1995 г. нормативов, включаяраспределение городского и сельского населения по должностям психиатров идругих специалистов, участвующих в оказании психиатрическойипсихотерапевтической помощи [5–7], было признано необходимым проводитьпланирование сети учреждений и подразделений не только по месту проживанияпациентов (муниципальный уровень) и не только в региональных центрах, где болееполовины психиатрических стационаров составляют учреждения с числом коек 500 иболее, но также на межмуниципальном или региональном уровнях вне региональныхцентров.
Преимущественно муниципальная и региональная структура сетиучреждений и подразделений наиболее подходит для регионов первого, третьего ичетвертого типа, отличающихся относительно компактной общей территорией,компактными территориями сельских административных районов и меньшейчисленностью населения.
**Таблица 1. Общая характеристика типов регионов России**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Типы регионов**  | **Население (тыс. человек)**  | **Общая площадь (тыс. км**2**)**  | **Площадь сельских районов (тыс. км**2**)**  |
| 1 | < 500 | < 50 | < 5 |
| 2 | < 500 | > 50 | > 5 |
| 3 | 500-1000 | < 50 | < 5 |
| 4 | 500-1000 | > 50 | < 5 |
| 5 | 1000-2000 | < 50 | < 5 или > 5 |
| 6 | > 2000 | > 50 | < 5 или > 5 |

**Таблица 2. Распределение учреждений (подразделений), оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, потипам регионов России**

|  |  |
| --- | --- |
| Типы регионов | Учреждения (подразделения) |
| районные сельские | межрайонные сельские и смешанные (сельские и городские) | городские районные и межрайонные | кустовые | зональные | межзональные(с функциями региональных) | региональные |
| 1 | + |  | + |  |  |  | + |
| 2 | + |  |  |  |  |  | + |
| 3 | + |  | + |  |  |  | + |
| 4 | + | + | + |  |  |  | + |
| 5 | + | + | + | + | + |  | + |
| 6 | + | + | + | + | + | + | + |

**Таблица 3. Характеристика районных учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)**  |
| **< 30**  | **30-40**  | **40-80**  | **80-100**  |
| 1 | Кабинет АП при ЦРБ | СОО на 25 коек при ЦРБ с АП и ДС на 10 мест |  |  |
| 2 | Кабинет АП при ЦРБ |  |  |  |
| 3 | Кабинет АП при ЦРБ |  | СОО на 25–50 коек при ЦРБ | ПНД с СОО на 50 коек |
|  |  |  | с АП и ДС на 10-15 мест | и ДС на 15 мест |
| 4 | Кабинет АП при ЦРБ |  |  |  |
| 5 | Кабинет АП при ЦРБ |  | СОО на 25-50 коек при ЦРБ с АП и ДС на 10-15 мест | ПНД с СОО на 50-75 коек и ДС на 15 мест |
| 6 | Кабинет АП при ЦРБ |  | СОО на 25-50 коек при ЦРБс АП и ДС на 10-15 мест | ПНД с СОО на 50-100 коеки ДС на 15 мест |
| Примечание. Здесь и в табл. 4-9: АП - амбулаторный прием; ДС - дневной стационар; ПНД - психоневрологический диспансер; СОО - стационарное общепсихиатрическое отделение; ЦРБ - центральная районная больница. |

**Таблица 4. Характеристика межрайонных сельских и смешанных (сельских и городских) учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| Типы | **Население (тыс. человек)**  |
| регионов | **40-80**  | **80-100**  | **100-300**  |
| 1-3 |  |  |  |
| 4 | МПБ на 25-50 коек с ДС на 10 мест и АП | ПНД с СОО или МПБ на 50-100 коек и ДС на 10 мест |  |
| 5 | МПБ на 25-50 коек с ДС на 10–25 мест и АП | ПНД с СОО или МПБ на 50-125 коек и ДС на 15-50 мест |  |
| 6 | СОО при ЦРБ на 10-15 мест и АП | ПНД с СОО на 50-125 коек и ДС на 25 мест | ПНД с СОО на 75-250 коек и ДС на 25-75 мест |
| Примечание. МПБ – межрайонная психиатрическая больница. |

**Таблица 5. Характеристика городских районных и межрайонных учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)**  |
| **< 100** | **100-150** | **> 400** |
| 1 | ПНД с ДС на 25мест. ПТБ на 50 коек с ДС на 25 мест и АП СРЦ СС с ТД |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  | ПНД |  |
| 4 |  | ПНД с СОО на 50 коек и ДС |  |
|  |  | на 25 мест. СРЦ, СС с ТД, СВПК, ЛТМ на 90 мест с ДС на 25 мест |  |
| 5 |  | ПНД с СОО или МПБ на 50-125 коек и ДС на 25-50 мест. СРЦ |  |
| 6 |  |  | РПНД и ГПНД с СОО на 125 коек и ДС на 50 мест СРЦ, СВПК, СС с ТД |
| Примечание. Здесь и в табл. 9: ГПНД - городской психоневрологический диспансер; ПТБ - психотерапевтическая больница; РПНД - районный психоневрологический диспансер; СВПК - семейная врачебно-психологическая консультация; СРЦ - социореабилитационный центр; СС и ТД - суицидологическая служба с телефоном доверия. |

В более населенных регионах пятого и шестого типа с населением более 1 млн наряду с указаннымицелесообразна организация межрайонных учреждений и подразделений различного назначения и мощности за счет разукрупнения существующих региональныхучреждений (табл. 2).
Вместе с тем дифференциация и специализация психиатрической помощи в соответствии с требованиями статьи 10 Закона о психиатрической помощинеобходима уже на уровне районных учреждений и подразделений.
Во всех типах регионов в районах с населением менее 30 тыс.организуются психиатрические кабинеты при Центральных районных больница (ЦРБ).
В районах с населением от 30 до 40 тыс. в регионах первоготипа с наименьшей общей плотностью населения при ЦРБ целесообразна организация небольших общепсихиатрических стационарных отделений с амбулаторным приемом идневным стационаром.
**Таблица 6. Характеристика кустовых (для нескольких районов с населением от40 до 80 тыс. в каждом) учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)**  |
| **150-200**  |
| 1-4 |  |
| 5 | ПНД со стационаром на 100-125 коек с СОО, СПТО, ССГО, СТО, ДС на 25 мест и АП |
| 6 | ПНД со стационаром на 100-125 коек с СОО, СПТО, ССГО, СТО, ДС на 25 мест и АП |
| Примечание. Здесь и в табл. 7-9: СПТО - стационарное психотерапевтическое отделение; ССГО - стационарное соматогериатрическое отделение; СТО - стационарное туберкулезное отделение.  |

**Таблица 7. Характеристика зональных (для нескольких районов с населением 100 и более тыс в каждом) учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)**  |
| **300-600**  | **400-1200**  |
| 1-4 |  |  |
| 5 | ПБ на 100-125 коек с СОО, ССГО, ССПО, СТО, СЛРО, ЛТМ на 50 мест и ДС на 15 мест. ПТБ на 50-100 мест с СПТО и СПСО с ДС на 25 мест. ДПНД со стационаром на 50 коек, ДС на 25 мест и АП. Общежитие на 25 мест |  |
| 6 |  | ПБ на 75-250 коек с СОО, ССГО, ССПО, СТО, АП и ЛТМ на 50 мест и ДС на 50 мест. ПТБ на 50-175 коек с СПТО и СПСО, ДС на 25-50 мест. ПБ с СЛРО на 75-125 мест. ДПНД со стационаром на 50-100 мест и ДС на 25 мест. Общежитие на 25 мест |
| Примечание. Здесь и в табл. 9: ДПНД - детский психоневрологический диспансер; ПБ - психиатрическая больница; СЛРО - стационарное лечебно-реабилитационное отделение; СПСО - стационарное психосоматическое отделение; ССПО - стационарное соматопсихиатрическое отделение. |

**Таблица 8. Характеристика межзональных (с функциями региональных) учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)** |
|  | **> 1200** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 | ПБ на 50 коек с СТО и ОПЛАСТ. ППНД со стационаром на 25 коек и АП. СПСО на 25 коек в многопрофильной больнице |
| Примечание. ОПЛСТ – отделение для принудительного лечения специализированного типа; ПБ – психиатрицеская больница; ППНД – подростковый психоневрологический диспансер; СПСО – стационарное психосоматическое отделение. |

**Таблица 9. Характеристика региональных учреждений и подразделений**

|  |  |
| --- | --- |
| **Типы регионов** | **Население (тыс. человек)**  |
| **< 500** | **< 500** | **500-1000** | **500-1000** | **1000-2000** | **> 2000** |
| 1 | ДПНД со стационаром на 25 коек и ДС на 15 мест. ПБ на 100 коек с ССГО и СЛРО. Общежитие на 25 мест |  |  |  |  |  |
| 2 |  | ПНД с детским АП и ДС на 10 мест. ПБ на 150 коек с СОО, СПТО и ССГО |  |  |  |  |
| 3 |  |  | ДПНД со стационаром на 50 коек и ДС на 25 мест. ПБ на 135 коек с ССГО и СЛРО. ПБ на 125 коек с СОО, ССПО, СТО. ПТБ на 75 коек и ДС на 25 мест. Общежитие на 25 мест |  |  |  |
| 4 |  |  |  | ПБ на 300-400 коек с СОО, ССГО, СЛРО, ССПО и СТО. ДПНД со стационаром на 50 коек и ДС на 50 мест. ПТБ на 100 коек |  |  |
| 5 |  |  |  |  | ПБ на 400-500 коек с ССГО, СЛРО, ССПО, СТО, ОПЛАСТ, ЛТМ НА 150-250 мест. ПТБ на 100 коек с ДС на 50 мест |  |
| 6 |  |  |  |  |  | ДПБ на 200 коек с АП и ДС на 50 мест. ПБ на 175 коек с СТО и ССПО. Общежитие на 100 мест |
| Примечание: ДПБ - детская психиатрическая больница; ОПЛРСТ - отделение для принудительного лечения специализированного типа. |

Подобная организация стационарной психиатрической помощи возможна и в районах с населением от 40 до80 тыс. в регионах третьего, пятого и шестого типа с относительно большей плотностью населения.
В районах с населением от 80 до 100 тыс. в этих же регионах предпочтительна организация психоневрологических диспансеров с общепсихиатрическимистационарами на 50–100 коек с небольшими дневными стационарами (табл. 3).
Организация межрайонных сельских и смешанных (сельских игородских) учреждений более подходит для регионов четвертого, пятого и шестого типа с населением от 40 до 100 тыс. с площадью сельских районов менее 5 тыс.км2. В зависимости от численности обслуживаемого населения число коек в общепсихиатрических стационарах колеблется здесь от 25 до 125, а число мест вдневных стационарах – от 10 до 50.
Организация подобного вида учреждений, преимущественнопсихоневрологических диспансеров, включающих общепсихиатрические стационары с числом коек от 75 до 250 и дневные стационары на 25–75 мест, возможна в регионахшестого типа с населением, превышающим 2 млн, и общей площадью более 50 тыс.км2 (табл. 4).
Традиционная для городских районов форма организации психиатрической помощи в виде районных и межрайонных психоневрологическихдиспансеров с небольшими общепсихиатрическими стационарами и дневными стационарами признается, как уже было сказано, адекватной для большинства типоврегионов.
Вместе с тем опыт ряда регионов России указывает на необходимость организации для городского населения психотерапевтическихстационарных учреждений с дневными стационарами, а также социореабилитационных центров, суицидологических служб с телефоном доверия, семейныхврачебно-психологических консультаций, лечебно-трудовых мастерских с дневными стационарами (табл. 5).
В качестве подобного рода учреждений для населения 150–200 тыс., складывающегося из населения нескольких районов со средней численностьжителей от 40 до 80 тыс., организуются так называемые кустовые психоневрологические диспансеры с дневными стационарами и более широким наборомспециализированных стационарных подразделений: общепсихиатрических, соматогериатрических, туберкулезных с общим числом коек от 100 до 125.
Строительство таких учреждений предпочтительно для регионов пятого и шестого типов с общим числом населения более 1 млн (табл. 6).
Так называемые зональные многопрофильные психиатрические больницы в этих же регионах организуются для населения от 300 тыс. до 1 млн 200тыс., проживающего в смежных районах со средней численностью населения 100 тыс. и более. Общее число коек в них составляет от 75 до 250, число мест влечебно-трудовых мастерских – 50.
К зональным учреждениям относятся также психоневрологическиеили психотерапевтические больницы с психотерапевтическими и психосоматическими отделениями и дневными стационарами на 25–50 мест, детские психоневрологическиедиспансеры со стационарами на 50–100 мест и дневными стационарами на 25 мест. Кроме того, организуются зональные общежития для больных, утративших социальныесвязи, на 25 мест. Для наиболее населенных зон могут быть также построены психиатрические больницы с лечебно-реабилитационными отделениями на 75–125 коек(табл. 7).
В наиболее населенных (более 2 млн жителей) регионах шестого типа создаются межзональные (с функциями региональных) учреждения иподразделения: психиатрические больницы на 50 коек с туберкулезными отделениями или отделениями для принудительного лечения специализированного типа,подростковые психоневрологические диспансеры со стационарами на 25 коек и стационарные психосоматические отделения на 25 коек в многопрофильныхсоматических больницах (табл. 8).
Наконец, на базе разукрупненных региональных больницорганизуются региональные многопрофильные диспансерные и стационарные психиатрические учреждения с общим числом коек, в зависимости от типа региона,не более 100–400 с дневными стационарами с числом мест от 10 до 50, региональные детские учреждения со стационарами на 25–50 коек и дневнымистационарами на 15–50 мест, региональные психоневрологические или психотерапевтические больницы различной мощности и региональные общежития для больных с числом местот 25 до 100 (табл. 9).
Таким образом, соотношение доступных психиатрическим пациентам преимущественно внебольничных стационарных учреждений иподразделений, а также соотношение доступных более широкому кругу населения и более специализированных учреждений и подразделений, оказывающихпсихиатрическую и психотерапевтическую помощь, необходимо планировать в зависимости от типа региона с присущим ему распределением городского исельского населения.
Следует отметить, что представленные разработки по реконструкции материально-технической базы психиатрической службы в России порекомендации Минздрава России уже используются при составлении и реализации региональных программ неотложных мер развития психиатрической помощи более чемв 30 регионах страны.
В настоящее время можно выделить ряд принципов, которые должны быть положены в основу реконструкции крупных психиатрических больниц.
**Принцип децентрализации,** который был использован при реформировании служб психического здоровья в странах Европы. В нашей странеиспользование данного принципа актуально в связи с наличием большого числа психиатрических больниц с числом коек более 500 в обширных по площадямрегионах. Достаточно сказать, что средняя площадь территории 36 и 89 субъектов Российской Федерации составляет более 50 тыс. км2.
**Принцип территориальности**. Подразумевается традиционно используемое в России распределение психиатрической помощи на административнойтерритории с определением зоны обслуживания для каждого учреждения. Разнообразие условий расселения не должно быть тормозом в осуществлении данногопринципа, поскольку предусмотренное Законом о психиатрической помощи бюджетное финансирование психиатрической помощи в значительной мере облегчает переходмежрайонных учреждений на муниципальный или региональный уровни.
**Принцип интегрирования** психиатрических служб. Одной изважнейших тенденций развития психиатрической помощи в настоящее время является ее интеграция в общее здравоохранение, уход от изоляции от общества лиц,страдающих психическими расстройствами.
**Принцип преемственности**, также достаточно традиционныйдля нашей страны, будет сохранен и в процессе предлагаемой реконструкции сети психиатрических учреждений при сохранении установившегося за последние двадесятилетия равновесия между стационарными и внебольничными ее звеньями. Этот принцип будет укрепляться за счет увеличения и дифференциации полустационарныхформ помощи и дальнейшей интеграции соматоневрологических и психиатрических учреждений.
**Принцип дифференциации** подразумевает разделение психиатрической помощи на отдельные службы, каждая из которых традиционно имеетсвои специфические проблемы. Наиболее распространено в настоящее время деление учреждений и подразделений в зависимости от возраста пациентов: дети иподростки, лица трудоспособного возраста, пациенты старших возрастных групп. Доли указанных возрастных групп в России составляют 21, 58 и 21%соответственно.
**Принцип оптимизации** подразумевает взвешенное перераспределение в регионе приоритетов в сторону более эффективных и менеедорогостоящих форм оказания психиатрической помощи. Международный опыт показывает, что часть тех услуг, которые в настоящее время оказываютсянаселению в условиях стационара, возможно обеспечить в полустационарном и амбулаторно-поликлинических звеньях психиатрической помощи. Усиление того илидругого звена должно проводиться за счет привлечения штатных специалистов психиатрического и непсихиатрического профиля.
Приведенные нами разработки преследуют целью осуществление на практике всех перечисленных принципов и в сочетании с разработанными МосковскимНИИ психиатрии моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств по рубрикам МКБ-10 [8] являются шагами, приближающими нас кстандартизации психиатрической помощи в соответствии со статьей 10 Закона о психиатрической помощи.