

УДК: 616.89-082:658.14

## Економічний фактор в оптимізації мережі психіатричних закладів



Барановська Л. М.



Риженко О. О.

**Барановська Л. М., Риженко О. О.**

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

**Резюме.** В статті показано состояние, проблемы организации амбулаторной психиатрической помощи и направления ее улучшения. Представлены предложения экономически рационального реформирования психиатрической помощи для обеспечения более высокого уровня её качества.

**Ключевые слова:** Экономическая рациональность, реформирование, качество психиатрической помощи.

## The economic factor in the optimization of mental health facilities

**Baranovska L. M., Ryzhenko O. O.**

TMO «PSYCHIATRY» in Kiev

**Resume.** Presented offers economically rational reform of mental health care to provide a higher level of its quality.

**Keywords:** Economic rationality, reform, the quality of mental health care.

Закони України «Про внесення змін в Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [2] обумовили старт медичній реформі в Україні.

Реформування має відбуватися за трьома основними напрямками: ідеологія, методологія та кадрове забезпечення (Марута Н.А. [3]).

Ідеологічні заходи повинні спрямовуватись на дестигматизацію і інтеграцію психіатричної служби в первинну медико-санітарну ланку.

Методологія передбачає використання комплексної біопсихосоціальної моделі лікування з активізацією психосоціальної терапії і реабілітації.

Кадрове забезпечення передбачає підготовку поліпрофесійних бригад для роботи з пацієнтами.

Загальна мета цих реформаторських ідей — створення умов для підтримки звичайного життя,

його якості та максимальна інтеграція в суспільство осіб з розладами психіки та поведінки.

Чи маємо ми можливості для досягнення цієї мети та які шляхи виконання поставлених завдань?

Скоріше за все, вважає Закаль Ю.П. [4], це потребує переходу від існуючої традиційної моделі психіатричної допомоги (де центральне місце належить госпіталізації в психіатричну лікарню) до моделі середовищної психіатричної допомоги, в якій госпіталізація обмежена до необхідного мінімуму, та більше уваги приділяється профілактиці соціальної дисфункції та ізоляції на ранніх етапах захворювання. Осипов М.А. [5] називає лише дві причини, за якими може відбуватися госпіталізація. Це: постійна загроза життю, коли є можливість її запобігання, та необхідність маніпуляції, яку можливо виконати лише в умовах стаціонару. Тому зосереджується увага на лікуванні в звичайному життєвому середовищі, виявленні та задоволенні основних потреб пацієнта, забезпеченні участі родини в

терапевтичних заходах, забезпеченні підтримки та дружніх соціальних відношень, які протидіють соціальній ізоляції пацієнта. Все це можливо здійснити, але шляхи мають бути реальними.

Соціально-економічні умови сьогодишньої України примушують переглянути економічні пріоритети звичайних для охорони здоров'я цінностей.

Жоден керівник будь якого рівня управління в охороні здоров'я не залишається безучасним в ситуації, яка обумовлює необхідність реформування будь якої її галузі. Про те, цільовий перерозподіл бюджетних ресурсів, пов'язаний з військовими діями на території України, зменшує і без того недостатнє фінансування охорони здоров'я, змушує вирішувати проблеми реформування переважно шляхом більш ретельного, економного управління фінансами, зокрема, дбайливого переглядання всіх етапів безперервного комплексного лікування хворих на психічні розлади.

Ідеологія дестигматизації і інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико — санітарну ланку визначає посилення ролі амбулаторної психіатричної допомоги в системі психіатричної служби звичайного міського рівня.

На прикладі міста Києва, який включено Верховною Радою України в програму реформування, і де створено об'єднання амбулаторних та стаціонарних психіатричних ЛПЗ, що дає більш легку можливість перерозподілу штатних посад та функцій, є можливість представити, як це має відбутися.

**1.** Шляхом підготовки (навчання) лікарів первинної медичної допомоги ( в сімейних амбулаторіях) по програмах первинної діагностики та лікування хворих на психічні та поведінкові розлади сімейні лікарі можуть включатися в процес надання амбулаторної психіатричної допомоги пацієнтам. Реально це може бути організовано так: після попереднього огляду пацієнта, який звернувся в сімейну амбулаторію чи до будь якого лікаря районної поліклініки з приводу можливого психічного розладу, він направляє до психіатра ПНД ( або диспансерного відділення) по місту проживання та після консультації психіатра, який (згідно Закону України Про психіатричну допомогу) поставить пацієнту діагноз, за бажанням, повертається до сімейного лікаря на лікування, або лікується в ПНД, або ( при необхідності) в психіатричному стаціонарі [6]. Можливість вибору амбулаторного лікування, безумовно, є привабливим фактором, він дозволяє пацієнту уникнути стигматизації та своєчасно пройти лікування, залишившись на попередньому обліку в звичайному середовищі до певних подальших подій, обумовлених станом здоров'я пацієнта.

**2.** З метою подальшого обережного залучення пацієнта до амбулаторного лікування в ПНД чи диспансерному відділенні, при необхідності підтримуючого, профілактичного, активного лікування, можливі певні перетворення існуючих психоневрологічних диспансерів в більш сучасні заклади, які б не фіксували уваги пацієнтів на слові «диспансер» ( що припускає небажаний диспансерний облік пацієнта), а надавали б більше діагностичних (лабораторних, інструментальних та апаратних) досліджень з метою виявлення та лікування психосоматичних розладів, та своєю назвою гарантували б неформальне ставлення до психічного та фізичного здоров'я особи. Досвід Польщі свідчить про можливість перетворення психоневрологічних диспансерів на структурні підрозділи таких закладів, які б поєднували їх з можливостями соматичного амбулаторного обстеження та лікування, а також психічної реабілітації з їх спільною назвою «консультативні центри психічного здоров'я». У нашому прикладі таким центром може стати об'єднання диспансерів, як диспансерних відділень, з консультативно-діагностичною поліклінікою ТМО «Психіатрія»

Основними завданнями центру мають бути:

- Надання постійної амбулаторної психіатричної допомоги
- Опіка хворого поліпрофесійною командою на дому
- Надання соматичної амбулаторної допомоги силами спеціалістів консультативного центру чи організації лікування в інших соматичних амбулаторних та стаціонарних закладах
- Організація профілактичної роботи спеціалістів (психологів, психотерапевтів) з групами пацієнтів та трудовими закладами з метою активізації професійної діяльності пацієнтів.

**3.** Шляхом скорочення стаціонарної психіатричної допомоги до необхідного мінімуму госпіталізацій.

Згідно з положенням про психоневрологічну лікарню, в лікарні мають бути обов'язкові відділення:

- приймально-діагностичне відділення (іноді з кризовим стаціонаром);
- лікувальні відділення, які можуть бути диференційовані за віковими чи клініко-нозологічними ознаками;
- допоміжні діагностичні та лікувальні відділення чи кабінети.

В останнє десятиріччя намагання психіатрів покращити стан перебування і лікування хворих в стаціонарах, при відсутності будь яких науково

обґрунтованих рекомендацій вчених, призвели до створення різних експериментальних відділень, ефективність яких залишилась невивченою, а організація — необґрунтованою, адже вони залишились існуючими по принципу, що не заважають роботі стаціонару. Чи відповідають вони сучасній методології біопсихосоціальної моделі з акцентом на психосоціальну терапію і реабілітацію? Чи відповідає сьогодні склад стаціонарних хворих принципу необхідної госпіталізації, який допоможе уникнути стигматизації пацієнтів, і якого потрібно прагнути? Скоріше за все — однозначно не відповісти, адже відповідь буде вірнішою, якщо провести зріз складу стаціонарних хворих, прийнявши за головне чіткі затверджені головним спеціалістом показання до госпіталізації хворих по принципу необхідного мінімуму в разі проведення цього дослідження спеціалістом, визначеним не за «високою» посадою, а досвідченого, обізнаного фахівця-психіатра, який знає цю методику дослідження і, головне, — не несе відповідальності за склад стаціонарних хворих, чим може досягнути об'єктивних достовірних результатів.

4. Кадрове забезпечення також не може залишатися без змін.

*По-перше:* кожному лікарю, хто посідає управлінську посаду будь якого рівня, необхідно визначитися: бути лікарем - практиком чи управлінцем тому, що сьогодні має бути якісна медична допомога, відповідно до протоколів та стандартів, яка може відповідати умовам страхової медицини, і забезпечити яку може лише тандем фахівця і менеджера. Отже завідувач відділенням має бути кваліфікованим менеджером з реалізації знань і умінь кожного спеціаліста відділення в інтересах державних програм і завдань. Але для цього потрібна спеціальна, далеко неформальна підготовка з управління системами. Якщо залишити на управлінських посадах «фахівців», які не вважають за необхідне зробити аналіз своєї роботи, чи бояться обговорити результати роботи відділення, чи знищують розпорядження та інші управлінські рішення головного керівника, вони будуть не лише заважати дійсним спеціалістам, а й зводити на нуль всю управлінську діяльність керівника закладу (нажаль, ми маємо ці приклади). Отже, має бути обов'язкове ретельне вивчення спеціальності управляти об'єктом.

*По-друге:* виконуючи завдання посилення амбулаторної допомоги, необхідно резерв штатних посад персоналу після скорочення стаціонарних ліжок задіяти в денних стаціонарах та лікарських дільницях диспансерних відділень центру психічного здоров'я з акцентом на психологічні, психотерапевтичні посади та посади соціальних

працівників, які б забезпечували надання допомоги в домашніх умовах хворого, а також інтегрувати посади психологів та психотерапевтів в заклади первинної медичної допомоги.

Адже всі ці пропозиції, за досвідом їх використання, будуть ефективними лише при умові — не робити жодної з них під певну особу (як би пристроїть певну людину на хорошу посаду або як би не защемити інтереси людини); потрібно (як вимагає наука управління системами):

1. Визначити цілі та завдання їх реалізації;
2. Наповнити систему необхідними для цього компонентами, зокрема штатними посадами, необхідними для рішення поставлених завдань;
3. Розподілити функції;
4. Вирішити питання підпорядкування структур;
5. Відпрацювати комунікаційні зв'язки ;
6. Визначити інтеграційні можливості покращення роботи та
7. Спланувати подальший розвиток системи.

Лише після цього стає можливим брати на посади професійно підготовлених працівників під певну ціль та завдання.

В результаті вище наведених реформаційних змін та перерозподілу функцій, в апараті управління об'єднання, на прикладі якого ми розглядаємо можливості покращення якості надання психіатричної допомоги, визначається роль економічного фактора:

- керівна посада особи з управління амбулаторною допомогою втрачає значення, так як функції фактично переходять до завідувача центру психічного здоров'я, який поєднує управління всіма амбулаторними підрозділами об'єднання;
- звільняється посада особи з управління стаціонарною допомогою, так як після скорочення стаціонарних ліжок значно скорочуються функції заступника з медичної частини (відходить амбулаторна медична частина та значно зменшується стаціонарна частина), тобто, заступник з медичної частини цілком виконує функції управління стаціонарною допомогою;
- реальне скорочення мережі «самостійних» ЛПЗ означає лише перехід їх у структурні форми функціонування, що при значно скорочених витратах на утримання адміністративно-господарчих посад не скорочує лікувально-діагностичних та реабілітаційних функцій, поширює їх можливості в наданні комплексних психіатричних та соматичних послуг населенню і буде сприяти підвищенню якості медико-соціальної допомоги, збереженню психічного здоров'я населення та зменшенню соціально-економічного навантаження суспільства;

- скорочення чисельності юридичних осіб — керівників ЛПЗ в мережі психіатричного об'єднання зменшує об'єм організаційно-методичної роботи, яку виконує міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги, що дозволить зосередити більшу увагу на інформаційному супроводженні процесів управління в об'єднанні, що також остаточно доводить недоцільність існування посади заступника керівника об'єднання з організаційно-методичної роботи.

Адже більша частина успішності функціонування ТМО залежить від якості управління і медичної допомоги. Відсутність чи недосконалість затверджених вимог до організації прийому хворих до стаціонару, стандартів терміну їх перебування в стаціонарі, збільшення хронічних психічно хворих з тяжкими соматичними розладами, обумовлюючими підвищення летальності від супутніх захворювань, приводить до перевантаження стаціонару непрофільними хворими, збільшенню терміну перебування їх в стаціонарі, що є предметом обговорення

нераціонального використання ліжок та інших факторів відсутності управлінських рішень та контролю діяльності медичної частини. Тому було б доцільно підійти до введення страхової медицини з кращою якістю психіатричної допомоги, задіявши для цього так необхідну сучасну посаду заступника директора об'єднання з якості медичної допомоги, яка б забезпечила більш переконливе управління медичною частиною з боку заступника з медчастини.

Отже, оптимізація мережі психіатричної служби потребує як ідеологічного, так і відповідного економічного супроводження, яке в реальності сьогоденної соціально-економічної ситуації стосується, насамперед, раціонального перерозподілу функцій, організації структур та відповідних комунікацій в системі, виходячи з поставлених перед нею цілей і завдань, що дозволяє раціонально скоротити апарат управління та покращити якість психіатричної допомоги за рахунок звільненого додаткового цільового персоналу, організації та управління всіма структурами системи психіатричної допомоги.

### Література

1. Закон України «Про внесення змін в Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», 2011р.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», 2011 р.
3. <http://www.mif-ua.com/archive/article/35066>
4. <http://www.mif-ua.com/archive/article/35066>
5. <http://www.colta.ru/articles/specials/5682>
6. Барановський К.Л., Барановська Л.М. Проблеми амбулаторної психіатричної допомоги в місті Києві та шляхи її удосконалення//Психічне здоров'я . — 2014. — №3-4(44-45). — С.66-70.