

Социально- экономические аспекты психического здоровья

Л.С.Шевченко, В.С.Ястребов

(Опубликована в Ж. Психическое здоровье, 2006. – № 3. – с. 37-41)

На протяжении последних 15 лет научными сотрудниками отдела организации психиатрической помощи Научного центра психического здоровья РАМН проводится комплексная программа исследований экономических аспектов психического здоровья населения. Необходимость развития указанного направления исследований в нашей стране была обусловлена несколькими обстоятельствами.

Известно, что в СССР «бесплатная» медицинская помощь обеспечивалась за счет средств государственного бюджета из раздела «Здравоохранение и физическая культура». Официальных данных о распределении финансовых средств по отдельным медицинским дисциплинам в Министерстве здравоохранения в тот период не существовало и поэтому судить о том, какую долю этих средств государство тратит на хирургию, терапию, родовспоможение и иные медицинские отрасли, включая психиатрию, не представлялось возможным. Между тем социально-экономические и иные преобразования, которые произошли в стране в начале 90-х г.г. прошлого столетия, потребовали разработки новых подходов к системе планирования различных отраслей народного хозяйства. Последовавшая в связи с этим волна широких реформ затронула систему здравоохранения и, в частности, психиатрию. Однако, как следует из международной практики [24], проведение реформ в здравоохранении редко базируется и, соответственно, финансируется на четкой научно обоснованной стратегии оценки проводимого лечения и изучения того, как новые методы финансирования здравоохранения или отдельных ее программ влияют на состояние здоровья и экономическое положение населения. Между тем, достоверная и всесторонняя оценка особенностей медицинских и экономических характеристик каждого заболевания, а также результатов деятельности службы здравоохранения и экономических ресурсов, связанных с лечением или координированием лечения, требует тесного междисциплинарного сотрудничества клиницистов, эпидемиологов и экономистов. Такое сотрудничество дает возможность оценить цели и концептуальные подходы при анализе заболеваний, мероприятий и политики здравоохранения, а также улучшить деятельность системы здравоохранения за счет более четкого финансирования различных направлений исследований и обеспечения отдельных отраслей материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами.

Вместе с тем, психические расстройства в конце XX века стали одной из наиболее распространенных патологий человека, что, согласно некоторым авторам [4, 17], явилось

следствием научно-технического прогресса, урбанизации, военных, природных и иных катастроф, а также других явлений, присущих развивающейся современной цивилизации. В России воздействие перечисленных факторов на психическое здоровье населения усилено стрессовым состоянием граждан вследствие спада производства, инфляции, безработицы и др.

Для того, чтобы получить ясное представление о социальной и экономической значимости психической патологии необходимо знать масштаб проблемы, в нашем случае, частоту психических расстройств в населении и те последствия, которые эта патология влечет за собой.

Согласно форме № 10 государственной статистической отчетности в 2003 году за помощью в психоневрологические учреждения Минздравсоцразвития РФ обратились 4,1 млн. человек. Однако данные официальной отчетности фиксируют лишь вершущечную часть «айсберга», а основная «невидимая» его часть находится вне поля зрения психиатрической службы. По данным разных авторов [2, 5], численность населения России, нуждающихся в психиатрической помощи, составляет 14 %. В отдельных случаях даже говорится о том, что каждый третий житель России имеет те или иные проблемы, связанные с психическим здоровьем – самых выраженных до таковых, которые имеют психологический уровень и, соответственно, требуют психологического вмешательства [4].

Как уже отмечено, выше, масштаб проблемы проявляется также в социальных и экономических последствиях психических расстройств. При оценке социальных последствий того или иного заболевания, прежде всего, обращают внимание на показатели смертности от них. С этой точки зрения, последствия от психических заболеваний представляются не слишком серьезными. По данным Российского статистического ежегодника за 2004 год [6] показатель смертности от психических болезней в России составляет –0,4 на 100000 населения или менее 0,5% от всех причин, тогда как смертность, например, от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 927,5 на 100тыс. населения, от онкологических заболеваний - 202,5.

Как считают Л.С.Шевченко и В.П.Корчагин [9], более значимое представление о социальных последствиях психических заболеваний дает индекс DALY. В этом показателе сочетаются годы здоровой жизни, потерянные в результате преждевременной смерти, а также временной и постоянной нетрудоспособности. Первый этап исследования, проведенного авторами в 1997 г. показал, что общий индекс DALY (по всем причинам смерти) в России на 95% обусловлен следующими классами причин: сердечно-сосудистыми заболеваниями, травмами и отравлениями, новообразованиями, болезнями

органов дыхания и пищеварения, инфекционными и паразитарными заболеваниями и соответствует 3821279 годам. Что касается потерь DALY по причине смерти от психических расстройств, то они равны 265960 годам здоровой жизни или 0,7% всех потерь. По мнению авторов исследования, такой уровень показателя явно занижен, поскольку официальная статистика фиксирует только те случаи смерти, в которых собственно психическая патология стала ее прямой причиной. Такие случаи, действительно, представляют редкость. Однако реальная значимость болезни определяется не только тем, сколько человек умирает именно от нее, но и тем, насколько болезнь увеличивает риск смерти от какой бы то не было причины. Представление об этом дают данные В. Rogsman ,1974 [20], в соответствии с которыми психически больные умирают вследствие сердечно-сосудистой патологии в 2 раза чаще, чем население в целом, болезней органов дыхания - в 4,5 раза чаще, травм и отравлений – в 4 раза. Таким образом, если бы при расчете возможно было учесть приведенные выше причины смерти у психически больных людей, то удельный вес психических заболеваний в общем индексе DALY был бы значительно выше.

Кроме того, авторы исследования предположили, что социальная значимость психических расстройств значительно повысится, если на втором этапе исследования в расчете индекса DALY будут также учтены потерянные годы жизни вследствие стойкой и временной нетрудоспособности. Подтверждением этой гипотезы служат данные ВОЗ, согласно которым нервные и психические заболевания в мире составляют 6,8% показателя общих потерь [18].

Рассматривая социальную составляющую последствий психических заболеваний нельзя обойти стороной и показатели инвалидности вследствие этих расстройств.

Так, в 2003 году инвалиды по психическому заболеванию составляли 934,2 тыс. человек или почти 9 % от их общего числа в стране [6]. В структуре причин инвалидности психические заболевания занимают четвертое место, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям и травмам [1]. Однако по длительности сроков инвалидности психические болезни занимают 1-ое место. Большинство психически больных, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (приблизительно 25% до 29 лет и 70% до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными вследствие психических заболеваний, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. Кроме того, инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 77,6 % больных имеют 1 и 2 группу инвалидности [11, 23].

Описанные выше показатели распространенности психических заболеваний, инвалидности, смертности являются базой для оценки экономических последствий психических болезней, которая представляет собой – еще одну важную составляющую масштаба проблемы.

Расчеты экономических последствий от того или иного заболевания строятся на теории «человеческого капитала», разработанной G. Becker в 1964 г. [16], перенесенной в систему здравоохранения D.P Rice. в 1975 г. [19] и в последующем, модифицированной другими авторами. Особенность применения этой теории состоит в том, что расчеты проводятся на основе официальных статистических данных и отражают общественную перспективу – потери национального продукта вследствие утраты трудоспособности. Однако этот метод не учитывает такие факторы болезни, как боль, страдание, изоляцию, стигматизацию и др., т.е. те факторы, которые не могут быть измерены в рамках теории «человеческого капитала». Между тем в исследовании, проведенном Л.С. Шевченко и Т.С.. Вещугиной в 1995 г.[8] отмечается, что психическое заболевание тяжким бременем на долгие годы ложится как на самого больного, так и на членов его семьи. Оно проявляется не только в ухудшении материального положения семьи, но и приводит к необходимости перераспределения семейно-ролевых функций, к появлению у родственников чувства психологического дискомфорта, к нарушению межличностных отношений.

Наши многочисленные исследования [7,10,14,15,22] по оценке экономических последствий психических заболеваний в России показали, что они соответствуют 1,5-2,0%% валового внутреннего продукта страны и складываются из двух компонентов:

- прямых расходов на лечебно-реабилитационные мероприятия, социальное страхование и социальное обеспечение больных и пр.;
- не прямых (косвенных) потерь, учитывающих недовоспроизведенный валовый внутренний продукт, в связи с преждевременной смертью, стойкой и временной нетрудоспособностью.

При этом соотношение прямых и не прямых расходов составляет 1 : 3.

При анализе экономических последствий психических заболеваний в России обращают на себя внимание следующие моменты:

- слишком низкий уровень прямых расходов, который соответствует 0,4% валового внутреннего продукта. В составе этих расходов затраты на лечебно-реабилитационные мероприятия составляют 4-5 % расходов бюджета «Здравоохранение» или 0,1 % валового внутреннего продукта. Для сравнения, в США прямые расходы на поддержку психически больных соответствуют 10% бюджета «Здравоохранение». Эти цифры являются

косвенным подтверждением недостаточного финансирования психиатрической службы в России;

- значительный уровень не прямых потерь, который близок к уровню этих потерь в США и составляет приблизительно 1,5% валового внутреннего продукта. Интересно, что в США косвенные потери вследствие психических заболеваний соответствуют аналогичным потерям от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний [21] (A. Rupp, 1997). Полагаем, что такое сравнение верно и для России. Приведенные данные свидетельствуют о сопоставимости косвенных расходов от психических, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

- заниженная величина экономических потерь. Можно предположить, что низкая доля прямых расходов связана не только с недостаточным финансовым обеспечением психиатрической службы, но и с тем, что стигматизация препятствует обращению психически больных за помощью.

Таким образом, масштаб проблем, связанных с психическими заболеваниями в России, их социальные и экономические последствия заслуживают внимания со стороны лиц, обеспечивающих политику здравоохранения, и позволяют выделить их в число приоритетных направлений развития здравоохранения, а, следовательно, улучшить финансирование службы. Увеличение прямых расходов на мероприятия, связанные с психической патологией, должно привести к снижению косвенных потерь от нее.

Однако улучшение финансового обеспечения психиатрической помощи является трудно решаемой задачей.

В 1989 г. Новый хозяйственный механизм, положивший начало реформированию здравоохранению с использованием экономических методов управления, послужил стимулом к более активному привлечению в отрасль внебюджетных средств, в том числе средств от оказания платных услуг.

Надо признать, что этот стимул был реализован и учреждениями психиатрического профиля. Из 71 респондента, приславших нам ответы на вопросы анкеты об основных изменениях, произошедших в службе психического здоровья за период работы в новых условиях, 50 отметили, что они используют право, предоставленное им новым хозяйственным механизмом по привлечению средств граждан и предприятий для улучшения своего финансового состояния [15]. Спектр платных услуг, оказываемых в учреждениях психиатрического профиля, достаточно широк и включает сервисные палатные услуги, консультирование сексопатологов и психотерапевтов, анонимное лечение больных алкоголизмом, некоторые виды диагностических исследований, профессиональные осмотры при выдаче справок и других документов, подтверждающих

профессиональную пригодность и пр.. Однако, в объеме финансирования учреждения, средства от оказания платных услуг составляют очень незначительную часть и не превышают, как правило, 5-7%. Такую величину внебюджетных средств нельзя рассматривать как серьезный аргумент в пользу улучшения финансового состояния службы, поскольку, по сведению респондентов, объем недофинансирования составляет не мене 40% от потребности в денежных средствах.

Как известно, психиатрия, как социально значимая дисциплина, не вошла в систему обязательного медицинского страхования, поэтому основным каналом поступления средств в эту службу по-прежнему остается бюджет. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения свидетельствует о негативной тенденции бюджетного финансирования. Если в структуре финансирования отрасли в 1998 г. бюджетные средства составляли 66%, то в 2002 году только 51%. Это означает, что финансовое положение психиатрических учреждений в будущем еще более усугубится.

Выходом из сложившейся ситуации мог бы стать социально приемлемый механизм участия населения в софинансировании психиатрической службы. В настоящее время обсуждаются следующие способы участия населения в оплате медицинской помощи – сострахование в области ОМС; развитие ДМС; прямая оплата услуг и соплатеж за медицинскую помощь. Под соплатежом понимается фиксированная сумма, которую потребитель помощи оплачивает учреждению в каждый момент обращения за нею. При этом соплатеж не зависит от объемов и видов получаемой помощи.

В силу сложившихся обстоятельств два первых способа участия населения в софинансировании здравоохранения для психиатрической службы исключены, а платные услуги не получают в ней активного развития. В сложившейся ситуации можно предположить, что механизм соплатежей изменит финансовую ситуацию в лучшую сторону. При этом важно оценить, готовы ли сами потребители психиатрической помощи участвовать в этом процессе.

Как показали результаты специального социологического опроса [13], только 64 % потребителей внебольничной психиатрической помощи и 66% потребителей стационарной помощи готовы в той или иной мере к ее оплате. При этом наиболее предпочтительным для респондентов в ПНД оказался механизм соплатежей (79%), а для респондентов в стационаре – прямая оплата медицинских услуг (31,1%). В ходе анализа социологических данных были установлены следующие зависимости: при увеличении уровня дохода семьи, повышается готовность к оплате как стационарной, так и внебольничной помощи; неработающие респонденты (инвалиды и пенсионеры) категорически возражают против оплаты медицинской помощи в любой форме при

стационарном лечении и менее категоричны при оплате внебольничных видов помощи; с увеличением частоты госпитализаций растет выбор в пользу полного государственного финансирования стационарной помощи.

Таким образом, третья часть потребителей психиатрической помощи не готова к ее оплате. Следовательно, для обеспечения потребностей пациентов в психиатрической помощи акценты должны быть сделаны, прежде всего, на увеличение государственных источников финансирования.

Улучшение финансового обеспечения службы, как показал специальный анализ В.П.Корчагина и Л.С. Шевченко [3], невозможно без изменения системы планирования расходов на помощь психически больным. Предложение этих авторов по изменению планирования исходит из парадигмы ресурсного подхода к формированию финансовой базы и состоит в следующем: признавая особую социальную значимость отрасли, следует выделить финансирование психиатрической помощи в общей модели экономического обеспечения отрасли. Исходя из практики развитых стран, целесообразно было бы утвердить общенациональный социальный норматив финансирования психиатрии на уровне 0,3% ВВП, а в перспективе, по мере улучшения экономического состояния страны, он должен составить 1% ВВП. Руководствуясь данным нормативом, а также учитывая прогноз динамики макроэкономических показателей и перспективы развития сети, Минздравсоцразвития РФ определяет на ближайшие годы социальный норматив – среднедушевые расходы на психиатрию. Норматив рассчитывается в целом по стране и конкретизируется субъектами федерации. Планирование финансовых средств внутри региона осуществляется, исходя из стратегии развития психиатрической службы. Региональная администрация самостоятельно планирует и реализует мероприятия по оптимизации помощи (соотношению стационарной и внебольничной помощи), распространяет наиболее приемлемые технологии ее оказания, осуществляет инвестиционную, тарифную и ценовую политику.

Однако, изменения в системе планирования, если они будут приняты, потребуют кардинальных изменений и в нормативной базе, которые, как показывает практика, представляют собой весьма длительный процесс. Чтобы не терять времени, важно сосредоточить усилия на ближайшей перспективе: всеми возможными способами, которые не запрещены действующим законодательством, и на всех уровнях управления здравоохранением необходимо лоббировать интересы психиатрической службы перед органами, определяющими политику финансирования.

Как показывает опыт регионов [12], чтобы изменить отношение органов государственной власти и муниципальных образований к проблемам психически больных,

руководителям служб и учреждений психиатрического профиля следует, прежде всего, последовательно и активно разъяснять свои позиции органам управления. Очень важно при этом акцентировать их внимание на оценке масштабов, значимости и последствий психических заболеваний. Кроме этого, как свидетельствует мировой опыт, к успеху приводят и следующие практические шаги: привлечение большего внимания органов исполнительной власти и общественных структур к проблемам психического здоровья, путем проведения регулярных слушаний, конференций, семинаров; организация информационной поддержки практических мероприятий в средствах массовой информации; формирование коалиции сил, заинтересованных в решении проблем психически больных людей, в том числе и общественного движения в психиатрии и др.

В заключение еще раз подчеркнем, что какой бы трудной в решении не была задача улучшения финансового обеспечения службы, она все же может быть решена путем объединения усилий всех заинтересованных сторон - ученых, практиков, управленцев, самих пациентов. Важная роль при этом принадлежит руководителям психиатрических учреждений и региональных служб: от их активности, степени заинтересованности, стремлении к позитивным изменениям зависит дальнейшее развитие психиатрической помощи в России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здравоохранение в Российской Федерации. Госкомстат РФ, М., 2001, стр. 176.
2. Киселев А.С., Жариков Н.М., Иванова А.Е., Яцков Л.П. Психическое здоровье населения, Владивосток, 1993.
3. Корчагин В.П., Шевченко Л.С. Основные направления экономической реформы в психиатрии. В сб.: Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы, М., 1997, с.23-39.
4. Ротштейн В.Г. Перспектива эпидемиологических исследований в психиатрии. В сб.: X11 съезд психиатров России. 1-4 ноября 1995. М., 1995, с. 109-110.
5. Ротштейн В.Г., Ястребов В.С., Богдан М.Н., Сейку Ю.В.. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2001, № 3, стр. 42-47.
6. Российский статический ежегодник: статистический сборник. М., 2004.
7. Состояние психического здоровья населения Российской Федерации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1994, т.94, № 4, с. 79-90; т.95, № 5, с. 82-91.
8. Шевченко Л.С., Вещугина Т.С. К обоснованию приоритета в государственном финансировании охраны психического здоровья населения России. В сб.: X11 съезд психиатров России. 1-4 ноября 1995. М., 1995, с.129-130.
9. Шевченко Л.С., Корчагин В.П. Определение приоритетов развития здравоохранения на основе метода DALY. В сб.: Воспроизводство населения, миграция и занятость населения в России в период 1996-2005 годы. 13-14 ноября 1995, М., 1995, с. 103-104.
10. Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Сейку Ю.В. Рытик Э.Г. и соавт. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1995, т. 95, № 1, с.81-85.

11. Шевченко Л.С. Социально-экономические проблемы нетрудоспособности вследствие психических заболеваний. В сб.: Актуальные вопросы психиатрии. Тбилиси, 1995, с. 20-22.
12. Шевченко Л.С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации. Психиатрия, 2004, № 5, с. 4-9.
13. Шевченко Л.С., Солохина Т.А. К вопросу об участии потребителей психиатрической помощи в ее софинансировании. Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005, № 1, с. 94-95.
14. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Ротштейн В.Г. и соавт. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1993, т. 93, № 1, с. 76-80.
15. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Рытик Э.Г. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1998, т. 98, № 1, с. 5-9.
16. Becker G. Human Capital. New York, National Bureau of Economic Research, 1964.
17. Chemtob C.M. Posttraumatic Stress Disorder, Trauma and Culture. In: International Review of Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, London, England. 1996, Vol. 2, P. 257-292.
18. Murray C.I.L. Расходы на национальную систему здравоохранения. Бюллетень ВОЗ, 1994, т. 72, с. 100-110.
19. Rice D.P. Estimating the Cost of Illness, Health Economics Series, № 6, 1966, DHEW Pub. No. (PHS), P. 947.
20. Rorsman B. Mortality Among Psychiatric Patient. Acta Psychiatrica Scan. - Vol.50, № 5, P. 354-375, 1974.
21. Rupp A. Социально-экономические аспекты оказания психиатрической помощи. В сб.: Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы, М., 1997, с. 39-46.
22. Russia and the Commonwealth of Independent States. In: International Handbook on Mental Health Policy. Westport, Connecticut, USA, 1993, 193-198.
23. Shevchenko L., Solokhina T. Disability: Social-Economic Aspect. In: Economic and Health Policy Implications, Chicago, May 10-12, 2000, P.47.
24. Москарелли М. Психические расстройства: экономика и политика службы. В сб.: Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы, М., 1997, стр. 109.