



Реферат

Психиатрическая помощь, часть I **Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе**

автор:

Дейвид Мак-Дайд



© Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения принимает запросы на полное или частичное воспроизведение и перевод своих публикаций (контактная информация приведена на третьей странице обложки).

Взгляды, выраженные авторами и редакторами публикаций, необязательно отражают официально утвержденную точку зрения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или какого-либо из ее членов.

Используя те или иные географические и другие названия и обозначения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и организации, входящие в ее состав, не выражают своих взглядов на правовой статус какой бы то ни было страны, территории, города, области и на органы власти, а также на государственные и административные границы. Названия стран и территорий соответствуют состоянию дел на момент создания первоначального документа. Под термином «страна или территория» в заголовках и таблицах понимаются страны, территории, города или области. Пунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, окончательное согласие по поводу которых еще не достигнуто.

Упоминание компаний и продуктов тех или иных производителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает эти компании, и рекомендует эти продукты и отдает им предпочтение перед сходными продуктами, которые не упоминаются в тексте. За исключением ошибок и упущений, торговые названия продуктов пишутся с прописной буквы.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения не гарантирует точность и полноту приводимых данных и не несет ответственности за последствия их применения.

Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе¹

Введение

В Европе на долю психических расстройств приходится около 20% всех случаев заболеваний (WHO, 2004a). Однако их значимость далеко не исчерпывается огромной распространенностью. Психические расстройства влияют на все стороны жизни человека: они способны подорвать здоровье, нарушить семейную и общественную жизнь, испортить карьеру, толкнуть на преступление. Кроме того, из-за распространенных в обществе предубеждений люди, страдающие психическими расстройствами, часто становятся жертвами дискриминации и теряют самоуважение. Неудивительно, что психические расстройства наносят обществу колоссальный материальный ущерб.

Казалось бы, организаторы здравоохранения европейских стран должны сделать все возможное для предупреждения психических расстройств и борьбы с их последствиями. Тем не менее как политика в области психического здоровья, так и финансирование психиатрической помощи оставляют желать лучшего. В большинстве стран охрана психического здоровья считается второстепенной задачей. Основное внимание по-прежнему уделяют лечению психических расстройств, а не их воздействию на человека и общество. Психиатрическая помощь по месту жительства доступна далеко не везде. Психически больным зачастую отказано в основных правах человека, что особенно бросается в глаза в психиатрических больницах бывших социалистических стран. Принцип полноправного участия больного в лечении так и не получил широкого распространения.

Современная эпоха породила новые проблемы. Стремительные социально-экономические изменения в бывших социалистических странах привели к ухудшению психического здоровья, распространению алкоголизма, насилия, росту числа самоубийств. Требуется внимания и психическое здоровье переселенцев, покинувших родные края из-за войн, гонений и нищеты. Население Европы стареет — одновременно увеличивается и распространенность старческой деменции.

Согласованность действий различных ведомств при формировании политики и организации психиатрической помощи, вероятно, важнее, чем в любой другой отрасли здравоохранения. Сегодня появляются все более эффективные методы профилактики психических расстройств, препараты для их лечения, методы психотерапии и социальной помощи. Однако данные о

¹ Данный реферат входит в серию публикаций по вопросам здравоохранения, издаваемую Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения; публикации серии можно найти на сайте: www.observatory.dk.



том, какие методы дают наилучшие результаты, в каких условиях и какой ценой, при разработке политики психиатрической помощи используются недостаточно. Ниже мы рассмотрим, какой ущерб наносят психические расстройства человеку и обществу. Мы укажем основные вопросы, которые необходимо учитывать при формировании и осуществлении политики психиатрической помощи, и приведем примеры решения некоторых из них.

Каковы последствия психических расстройств?

От психических расстройств не застрахован никто. Хотя бы раз в жизни серьезное психическое расстройство поражает каждого четвертого человека. Четыре из шести основных причин сокращения полноценной жизни — это психические расстройства, а именно депрессия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и алкоголизм. Наиболее распространена депрессия, на долю которой приходится почти треть всех случаев психических расстройств. Чаще психических расстройств у европейцев развиваются только сердечно-сосудистые заболевания, но психические расстройства гораздо сильнее влияют на все стороны жизни человека.

Психические расстройства пагубно отражаются на общем состоянии здоровья и отношениях в семье. Их связь с социальной изоляцией не вызывает сомнений. Риск психических расстройств повышен в районах с высоким уровнем безработицы. С другой стороны, невежество и предубеждения приводят к дискриминации людей с психическими расстройствами. Им трудно получить образование и работу, им грозит нищета, бездомность и тюрьма. Тяжелые последствия испытывают на себе и дети больных — они зачастую заброшены и не получают полноценного образования, что не может не сказываться на их будущем.

В десятку ведущих причин преждевременной смерти в Европе входят самоубийства, в совокупном ущербе от болезней на их долю приходится 2% (WHO, 2004a). Среди мужчин частота самоубийств гораздо выше, чем среди женщин. Среди мужчин 15–35 лет самоубийства — вторая по частоте причина смерти (на первом месте стоят автокатастрофы). Наибольшая в мире частота самоубийств среди мужчин регистрируется именно в европейских странах — Литве (80,7 на 100 000 в год), России (69,3) и Белоруссии (60,3). Частота самоубийств сильно различается от страны к стране. Высокая частота характерна для бывших социалистических стран, переживающих экономические реформы, однако этот показатель остается довольно высоким и в Австрии и Финляндии. Самая низкая частота самоубийств отмечается в странах Южной Европы, например в Греции и на Мальте, где она едва превышает 5 на 100 000 в год.

Каково экономическое значение психических расстройств?

Экономический ущерб, который наносят психические расстройства, огромен. По самым скромным оценкам, в 15 странах, входивших в ЕС до 1

мая 2004 г., он составляют не менее 3–4% ВВП (Gabriel & Liimatainen, 2000). Примечательно, что большая часть ущерба обусловлена вовсе не затратами на лечение; 60–80% его суммы составляют потери, обусловленные временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением производительности труда и досрочным выходом на пенсию.

Данных об экономическом ущербе от психических расстройств в разных странах становится все больше, хотя методики расчета существенно различаются и сравнивать их довольно трудно. Тем не менее приведенные ниже оценки дают некоторое представление о размерах ущерба. По официальным данным, в 2002 г. в Германии на психические и поведенческие расстройства только системой здравоохранения потрачено 22,44 млрд. евро (270 евро на душу населения). Наибольших затрат потребовала помощь больным с депрессией (4,025 млрд. евро), шизофренией и сходными расстройствами (2,756 млрд. евро) и неврозами (2,825 млрд. евро). На психиатрическую помощь женщинам было потрачено 62% общей суммы, что объясняется повышенной частотой депрессии среди них.

Наибольший экономический ущерб наносит депрессия — широко распространенное заболевание, часто поражающее молодых трудоспособных людей. Как показало недавно проведенное исследование, в Англии в 2002 г. ущерб от этого заболевания составил 15,46 млрд. евро (309,2 евро на душу населения). Из них на лечение депрессии было потрачено всего 636 млн евро, остальные потери были обусловлены нетрудоспособностью и преждевременной смертностью (Thomas & Morris, 2003). Такая картина характерна для всей Европы: рабочие дни, потерянные из-за депрессии, исчисляются миллионами. Например, в 2000 г. во Франции их число составило 31,9 млн. (Béjean & Sultan-Taïeb, 2004).

Распространенность шизофрении гораздо ниже, однако и она наносит значительный экономический ущерб. По данным ряда исследований в Нидерландах и Бельгии, только затраты на ее лечение составляют около 2% всех затрат на здравоохранение. Потери, обусловленные другими факторами, в первую очередь снижением производительности труда, значительно выше. Исследования в Англии и Венгрии показали, что на долю здравоохранения и социального обеспечения приходится лишь около трети всех потерь, связанных с шизофренией. Оставшиеся две трети обусловлены утратой трудоспособности (Knapp et al., 2004).

Другие виды экономического ущерба, наносимого психическими расстройствами, изучены хуже. Убытки от снижения производительности труда работающих людей, которые страдают психическими расстройствами и не получают лечения, могут быть в пять раз выше убытков от потерянных рабочих дней, однако этот вопрос требует дальнейших исследований (Kessler & Frank, 1997). Еще один вид экономических потерь — несобранные налоги с лиц, преждевременно вышедших на пенсию или получивших инвалидность. Часто упускают из виду потери, связанные с уходом за больными, между тем родственники больного шизофренией ежедневно тратят на это 6–9 ч своего времени, а



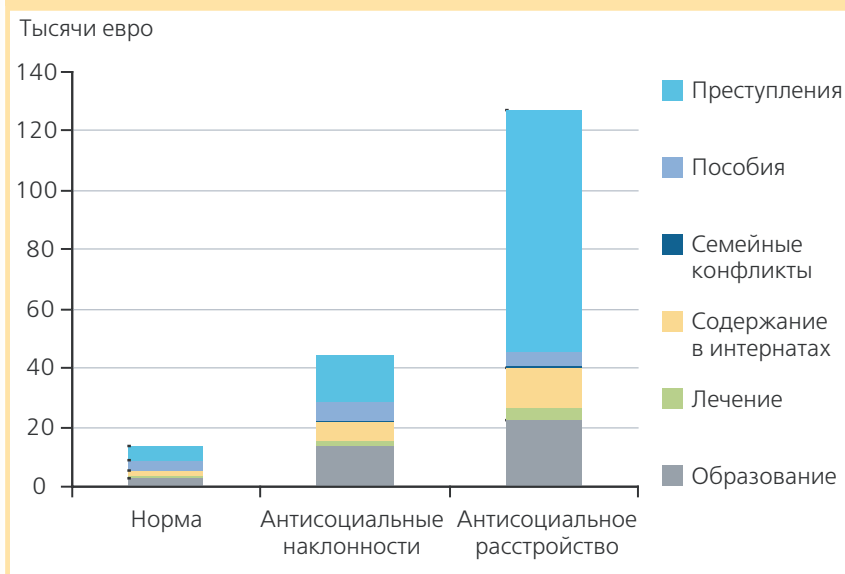
уход за больным деменцией требует и вовсе круглосуточного присутствия и дает более 70% всех экономических потерь.

Экономические последствия психических расстройств могут быть весьма продолжительными. Это прежде всего касается психических расстройств у детей. Установлено (Scott et al., 2001), что если у ребенка 10 лет выявлены антисоциальные наклонности, то экономические потери в следующие 17 лет составят в среднем 29 000 евро, а в случае антисоциального расстройства (более тяжелое состояние) — 109 000 евро. В обоих случаях основной ущерб наносят преступления, за ними следуют дополнительные расходы на образование, содержание в интернатах и выплата пособий — и только затем затраты на лечение (рис. 1).

Формирование и развитие политики психиатрической помощи

Выработка национальной политики охраны психического здоровья чрезвычайно важна: она способствует просвещению населения, получению средств и согласованности действий различных ведомств. Тот факт, что в ряде европейских стран эта работа не ведется и не планируется, вызывает глубокую озабоченность. Прежде чем разрабатывать политику охраны

Рисунок 1. Долговременные экономические последствия антисоциальных наклонностей и антисоциального расстройства (в ценах 2002 г.).



Источник: Scott et al., 2001.

психического здоровья, важно тщательно изучить ситуацию в стране, выяснив эпидемиологию психических расстройств, частоту самоубийств, доступность психиатрической помощи (в частности, можно ли получить ее по месту жительства или только в больнице, кто имеет право на те или иные виды помощи) и пути ее финансирования.

Политика охраны психического здоровья должна учитывать особенности местной культуры, наличие материальных средств и все то, что уже сделано в этой области; в ее формировании должны участвовать все заинтересованные стороны. Только при таких условиях принятые решения смогут быть воплощены в жизнь (Jenkins et al., 2002). Одновременно с формированием политики психиатрической помощи следует готовиться к осуществлению этой политики, для чего необходимо привлекать ведомства, занимающиеся образованием, предоставлением жилья, социальным обеспечением и так далее. Важно понимать, что политика формируется не на пустом месте. Опираясь на конкретные примеры эффективных служб, проще развивать всю систему. Появлению таких примеров нередко помогают неправительственные организации.

Какую роль в защите прав человека и формировании политики психиатрической помощи играет законодательство?

Сегодня по-прежнему необходимо бороться с нарушениями прав человека, предубеждениями против психических расстройств, дискриминацией и социальной изоляцией людей, страдающих психическими расстройствами, — явлениями, из-за которых психические расстройства в корне отличаются от прочих заболеваний. В психиатрических стационарах бывших социалистических стран, в которых именно больницы и интернаты остаются основой системы психиатрической помощи, до сих пор встречаются грубейшие нарушения прав человека. Однажды попав в такой стационар, человек почти наверняка теряет возможность вернуться к нормальной жизни. Известны случаи, когда больных запирают в «койки-клетки» (особые кровати, окруженные сеткой) и в противоречие международным нормам проводят электросудорожную терапию без анестезии и миорелаксантов.

Очевидно, что решающую роль в борьбе с указанными явлениями играет закон (Parker, 2005). ООН, Совет Европы и ЕС уже выпустили нормативные акты, направленные на защиту прав людей с психическими расстройствами. Теоретически они должны лечь в основу законодательства каждой страны. В то же время, чтобы законы работали, следует контролировать и стимулировать их соблюдение. Закон способен перевести принудительное лечение (в том числе принудительные госпитализации) в разряд исключительных мер и гарантировать возможность беспрепятственно обжаловать их применение.

Законодательство может стать главным инструментом осуществления политики и реформ психиатрической помощи. Оно способно создать базу для научных исследований в этой области, организации предоставления



помощи, включения психиатрической помощи в единую систему здравоохранения и социального обеспечения. Кроме того, во власти закона позволить больным стать полноправными участниками лечения, например, расширить целевые выплаты потребителям, предоставляющие им возможность самостоятельно выбирать и оплачивать услуги. Наконец, именно закон должен защищать людей с психическими расстройствами от дискриминации и способствовать проведению мероприятий по охране психического здоровья.

Что можно сделать для охраны психического здоровья?

Психическое здоровье определяется как благополучное состояние человека, при котором он осознает свои возможности, способен справляться с текущими жизненными трудностями, плодотворно трудиться и участвовать в общественной жизни (WHO, 2001a). Расстройство психического здоровья чревато тяжелыми последствиями. Сведения, собранные в Финляндии за 20 лет, показали, что неудовлетворенность жизнью напрямую связана с риском самоубийства (Koivumaa-Honkanen et al., 2003). Судя по опубликованным ВОЗ данным, охрана психического здоровья и профилактика психических расстройств помогают поддерживать и улучшать физическое здоровье, положительно влияют на качество жизни и экономически оправданы (WHO, 2004b, 2004c).

Научно обоснованные методы охраны психического здоровья в Европе применять пытались, но пока бессистемно и изредка (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Одна из причин тому — несогласованность действий различных ведомств. Что касается научно обоснованных методов, действительно способных укреплять психическое здоровье человека на протяжении всей жизни, то они существуют. Это и программы для будущих родителей, на смену которым приходят мероприятия по раннему выявлению психических расстройств среди школьников, и психологическая поддержка и консультативная помощь на рабочем месте, и мероприятия по поддержке людей, потерявших близких, и, наконец, программы по социализации пожилых в целях профилактики депрессии и одиночества. Одного перечисления этих программ достаточно, чтобы понять необходимость межведомственного сотрудничества, ведь в них должны участвовать учителя, социальные работники, профессиональные союзы, объединения предпринимателей, общественные и религиозные организации и так далее.

Пример эффективного межведомственного сотрудничества в области охраны психического здоровья — Национальная программа по улучшению психического здоровья и благополучия населения Шотландии (рамка 1). В Европе уже проводятся программы, которые учитывают, что в разных странах и разных условиях могут потребоваться разные методы охраны психического здоровья. Действующая при поддержке Европейской комиссии Сеть по охране психического здоровья (www.imhra.net), объединившая 28 стран, разработала План действий по охране психического здоровья и

профилактике психических расстройств. В нем на основании данных об эффективности и целесообразности определены наиболее ценные мероприятия по охране психического здоровья.

Как бороться с предубеждениями и социальной изоляцией?

Предубеждения против психических расстройств порождены невежеством и недостатком информации. Среди их последствий — нежелание больных обращаться за специализированной помощью и недостаточное внимание руководителей здравоохранения к психиатрической помощи.

Предубеждения придают психическим расстройствам особую окраску и в конечном счете становятся причиной дискриминации и социальной изоляции больных. Последняя возникает, когда человек лишается возможности вести полноценную общественную жизнь либо ущемляются его основные гражданские права. Что касается последствий социальной изоляции, то к ним относятся и низкая занятость психиатрических больных, и редкость вступления в брак или совместного проживания с ними (Thornicroft et al., 2004).

Недавний опрос, посвященный изучению связи между социальной изоляцией и состоянием психического здоровья в Англии (ODPM, 2004a),

Рамка 1. Национальная программа по улучшению психического здоровья и благополучия населения Шотландии (<http://www.wellontheweb.net>)

Основные задачи на 2003—2006 гг.

- Просвещать население, охранять психическое здоровье и благополучие.
- Искоренять предубеждения против психических расстройств и дискриминацию страдающих ими людей.
- Проводить профилактику самоубийств.
- Содействовать возвращению людей с психическими расстройствами к нормальной жизни.

Национальная программа при содействии других программ намерена осуществлять свои основные задачи прежде всего по следующим направлениям:

- укрепление психического здоровья детей младшего возраста;
- укрепление психического здоровья детей старшего возраста, подростков и молодежи;
- укрепление психического здоровья и благополучия трудящихся;
- укрепление психического здоровья и благополучия пожилых;
- укрепление психического здоровья и благополучия общества;
- развитие возможностей государственных служб в области охраны психического здоровья и профилактики психических расстройств.



показал, что медицинские работники не только находятся в плену предубеждений, но и недооценивают возможности психически больных и не понимают, что одной из основных задач психиатрической помощи является восстановление трудоспособности. Полученные данные свидетельствуют, что никто конкретно не отвечает за возвращение больных к общественной и трудовой жизни, постоянная помощь по сохранению ими работы отсутствует, и возвращение их в общество должным образом не организовано. Вывод данного исследования таков: необходимо предоставлять больным больше полномочий и возможностей выбора и содействовать им в сохранении работы, возвращении к профессиональной деятельности и карьерном росте. Кроме того, авторы подчеркнули, что важнейшую роль в укреплении психического здоровья играют семья и общество, и указали на необходимость межведомственного сотрудничества с участием органов здравоохранения, социального обеспечения, служб занятости и так далее. В настоящее время разрабатывается программа (рамка 2), в которой определены долгосрочные мероприятия (в частности, просвещение школьников в вопросах психического здоровья) и методы работы со средствами массовой информации, призванные не допускать распространения неверных и скандальных сведений о психических расстройствах и, следовательно, предубеждений и социальной изоляции.

Объем психиатрической помощи в стационарах и по месту жительства

Психиатрические больницы издавна служили основным местом предоставления психиатрической помощи, и только в XX веке стали постепенно сдавать свои позиции. Уже более 30 лет большинство стран

Рамка 2. Борьба с социальной изоляцией лиц с психическими расстройствами в Англии (ODPM, 2004b)

- Опубликована программа психиатрической помощи и борьбы с социальной изоляцией из 27 пунктов (октябрь 2004 г.).
- Проводятся: долгосрочная кампания по борьбе с предубеждениями (в том числе просвещение школьников, сотрудников телевидения и радио); работа в государственном секторе; обучение сотрудников центров занятости по новой программе (научно обоснованные методы возвращения к общественной и профессиональной деятельности).
- Расширяются возможности трудоустройства (с подготовкой в государственном секторе).
- К оказанию психиатрической помощи привлекаются семья и общество.
- Предоставляется правовая помощь (получение льгот, жилищные и финансовые вопросы).
- Разработана тактика осуществления программы (конкретные шаги включены в план работы различных ведомств), согласованная с целевыми общественными службами.

Западной Европы придерживается политики минимального использования стационарной психиатрической помощи. Сегодня на этот путь встают и некоторые бывшие социалистические страны. В одних реформы происходят быстрее, в других — медленнее, то же можно сказать и о развитии помощи по месту жительства (Ammadeo et al., 2005). Исследования показывают, что психиатрическая помощь по месту жительства не дешевле стационарной, однако больные считают, что качество ее выше и удовлетворения она приносит больше.

Главный вопрос для организаторов здравоохранения состоит в том, какой объем стационарной психиатрической помощи следует сократить в пользу помощи по месту жительства. В отчете, подготовленном для Сети научных данных в области здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ, сказано, что не существует ни убедительных доводов, ни научных данных, которые позволили бы утверждать, что предоставлять качественную всестороннюю помощь способны только стационары или только службы по месту жительства (Thorncroft & Tansella, 2003). Авторы пришли к выводу, что структура психиатрической помощи должна быть *сбалансированной* и сочетать как службы по месту жительства, предоставляющие основной объем услуг, так и стационары, сохраняющие немаловажную роль. Госпитализация, когда она необходима, должна быть как можно короче, а стационары не следует удалять от населенных пунктов, чтобы не способствовать еще большей изоляции больных.

Разновидностей служб психиатрической помощи множество, но далеко не все целесообразно или приемлемо создавать в отдельной стране. Следует учитывать как местные особенности, так и гибкость, согласованность и доступность финансирования. В рамке 3 представлена ориентировочная схема организации психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования.

Организация психиатрической помощи сталкивается с многочисленными трудностями. Например, если первичная медицинская помощь развита слабо, то невелики ее возможности и в диагностике и лечении психических расстройств. Нередко организаторам мешает недостаток опыта и глубокая убежденность в том, что работать с другими ведомствами невозможно. Безусловно, все ведомства, отвечающие как за финансирование, так и за организацию психиатрической помощи, должны работать согласованно. Повысить согласованность действий позволяет метод «одного окна», при котором одно учреждение отвечает за предоставление потребителю всех услуг: платных, бесплатных, медицинских и прочих (таких как помощь в решении жилищных вопросов или получении пособий). Интересен, но в случае психиатрической помощи требует тщательного изучения метод, основанный на целевых выплатах, которые позволяют потребителям покупать услуги исходя из собственного представления о своих потребностях.

Рассматривая вопросы организации психиатрической помощи, не следует забывать о кадрах. Высокое качество помощи прежде всего обеспечивает квалификация тех, кто ее предоставляет. Подготовка кадров не должна



сводиться к специализации по психиатрии. Обучать необходимо и организации, и управлению — в некоторых странах слабая подготовка специалистов именно в этих областях препятствует реформам и согласованности помощи, требующей межведомственного сотрудничества.

В странах с тоталитарным прошлым органы управления часто плохо выполняют свои функции и еще не научились опираться в своей работе на научные данные (Tomov et al., 2005). Руководители нередко изо всех сил сопротивляются переменам и, например, не решаются закрывать психиатрические больницы и передавать их функции службам по месту жительства из страха утратить часть своей власти. Изменение структуры психиатрической помощи по понятным причинам вызывает обеспокоенность и у сотрудников психиатрических учреждений — они опасаются потерять работу.

Следует ли повышать финансирование психиатрической помощи?

Давать рекомендации по объему финансирования психиатрической помощи невозможно и не следует. Определенно можно сказать одно — учитывая, что в Европе на долю психических расстройств приходится не менее 20% всех случаев заболеваний, психиатрическая помощь в большинстве европейских стран финансируется, безусловно, недостаточно.

Первую попытку упорядочить сбор сведений о расходах на психиатрическую помощь в Европе и даже во всем мире предприняла в 2001 г. ВОЗ, начав программу «Атлас». Эта программа и недавнее

Рамка 3. Организация психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования

- **Низкий уровень.** Организовывать и совершенствовать психиатрическую помощь на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости.
- **Средний уровень.** В дополнение к описанным выше мерам — создавать амбулаторные клиники; патронажные психиатрические бригады; психиатрические больницы; местные стационары длительного пребывания; службы охраны психического здоровья трудящихся.
- **Высокий уровень.** В дополнение к описанным выше мерам — развивать высокоспециализированные службы: специализированные амбулаторные клиники, патронажные психиатрические бригады, службы активной психиатрической помощи по месту жительства, психиатрические больницы для лечения острых расстройств, интернаты и дома инвалидов по месту жительства, службы профессиональной реабилитации.

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003

исследование, предпринятое Европейской сетью по экономике психического здоровья (она основана Европейской комиссией и действует под руководством организации «Психическое здоровье Европы» и Лондонской школы экономических и политических наук), позволили получить данные о финансировании психиатрической помощи в 28 странах (McDaid et al., 2004). По этим данным, больше всего средств (свыше 10% бюджета здравоохранения) психиатрическая помощь получает лишь в четырех европейских странах, а меньше всего (менее 2% от бюджета здравоохранения) — во многих странах бывшего СССР.

Принимая во внимание пользу, которую приносят действенные и экономически эффективные методы профилактики и лечения психических расстройств и реабилитации больных, нынешний уровень финансирования психиатрической помощи явно недостаточен и к тому же несправедлив, ведь психические расстройства составляют по крайней мере пятую часть всех случаев заболеваний в Европе. Вкладывать средства в психиатрическую помощь, возможно, гораздо выгоднее, чем в другие отрасли здравоохранения, поскольку это позволит сократить огромный ущерб, наносимый психическими расстройствами.

Безусловно, не все упирается в деньги, но серьезные преобразования обычно нуждаются в надежном финансировании. Прежде чем передавать часть функций психиатрических больниц и интернатов службам по месту жительства, необходимо предпринять меры по защите всех выделенных на психиатрическую помощь средств. В противном случае возникнет искушение воспользоваться реформами как средством сокращения расходов, что особенно вероятно в жестких экономических условиях. Следует понимать, что в переходном периоде средства потребуются не только новым службам психиатрической помощи по месту жительства, но и сокращаемым стационарам. Гарантировать надежное финансирование, в частности, позволяет так называемая защита бюджета. Кроме того, можно использовать другие меры (их выбор зависит от местных условий), например, выделять средства на психиатрическую помощь непосредственно при распределении средств между географическими районами или отраслями здравоохранения (или смежными ведомствами).

Какую роль может сыграть экономика?

Экономика способна привести дополнительные доводы в пользу повышения финансирования психиатрической помощи. Рассматривая целесообразность того или иного лечебного или просветительского мероприятия при определенном психическом расстройстве, руководители здравоохранения учитывают два главных вопроса. Первый — эффективность данного вмешательства, а именно его способность улучшить здоровье. Если необходимо выбрать одно из двух или нескольких вмешательств, то определяют, какое из них эффективнее. Установив эффективность вмешательства, решают второй вопрос: оправданы ли затраты на данное вмешательство его результатами, то есть



его положительным воздействием на здоровье или качество жизни. Эти два вопроса («Эффективно ли данное вмешательство?» и «Оправданы ли затраты на него?») составляют суть исследований экономической эффективности. В свою очередь, грамотные исследования экономической эффективности способны привести серьезные доводы в пользу финансирования психиатрической помощи.

Существует множество методов исследования экономической эффективности. Некоторые из них, в частности анализ полезности затрат или анализ эффективности затрат, позволяют сравнивать не только разные виды психиатрической помощи, но и экономическую эффективность затрат на них с экономической эффективностью затрат на мероприятия в других областях здравоохранения или даже в других сферах.

Сведений об экономической эффективности разных видов психиатрической помощи становится все больше. Однако в основном их получают в исследованиях, проводящихся в Северной Америке, Западной Европе, Австралии и Океании, и в других странах — с другими условиями — напрямую использовать их нельзя. Следовательно, очень важно расширять знания об экономической эффективности мероприятий психиатрической помощи в разных странах, то есть получать данные, в которых учтены местные обстоятельства, наличие материальных средств и структура здравоохранения. Пока таких данных не много; в частности, не изучена экономическая эффективность мероприятий в области охраны психического здоровья и психиатрической помощи у детей.

Сегодня Европейская сеть по экономике психического здоровья изучает некоторые из этих вопросов в 31 стране. Одновременно программа ВОЗ «Выбор экономически эффективных мероприятий» (CHOICE) составила базу данных об экономической эффективности многих видов психиатрической помощи в Европе. Хотя напрямую к отдельным странам эти данные не применимы, они распределены по трем европейским регионам, что позволяет легко использовать их с учетом местных цен и наличия средств. Эта база данных подтверждает, что экономически эффективные методы психиатрической помощи можно найти для любой европейской страны, даже с очень скромным бюджетом здравоохранения.

Что можно сделать на международном уровне?

Международная помощь особенно важна странам, не способным обеспечить достаточное финансирование отрасли. Вариантов такой помощи множество, но прежде всего важно определить ее основу и направления. Основой должны стать уже сложившиеся связи международных организаций, зарубежных финансирующих компаний и местных общественных объединений. Направлять свои усилия следует на обеспечение долгосрочности программ психиатрической помощи и привлечение общественности. Опыт показывает, что программы, которые были успешны, но о будущем которых не позаботились, часто недолговечны — особенно в странах, где общественные объединения

развиты слабо. В связи с этим еще в самом начале программ важно разработать долгосрочный план их осуществления.

Чтобы воздействие на психическое здоровье учитывалось в самых разных областях, международному сотрудничеству должны способствовать не только отдельные учреждения, но и крупные организации, в том числе различные комиссии (по труду, социальному развитию и так далее) и программы ООН. Еще одна важнейшая область международного сотрудничества — обмен информацией. В этой области необходимо стремиться к стандартизации данных, получаемых из разных источников, чтобы достоверно сопоставлять сведения о состоянии психического здоровья населения и эффективности мероприятий психиатрической помощи в разных странах. Наконец, международное сотрудничество — это обмен опытом. Так, начиная реформы психиатрической помощи, полезно знать о трудностях, с которыми они сталкивались в других странах.

Заключение

Охрана психического здоровья и организация психиатрической помощи являются важнейшими задачами здравоохранения Европы. Социальные и экономические последствия психических расстройств как для самих больных, так и для их близких и общества в целом весьма серьезны.

В Европе последние пять лет внимание к психиатрической помощи растет, и в январе 2005 г. в Хельсинки состоялось важнейшее для данной области здравоохранения событие — межправительственная конференция под руководством ВОЗ, ЕС, Совета Европы и правительства Финляндии.

Целесообразность вложения средств в психиатрическую помощь сегодня убедительно доказана. Затраты на нее оправданы не только тем, что бороться с социальной изоляцией и многочисленными последствиями психических расстройств для здоровья крайне важно, но и тем, что вкладывать в эту область средства выгодно, поскольку это позволяет больным вернуться к нормальной жизни и приносить пользу обществу. Тем не менее во многих странах финансирование психиатрической помощи остается недостаточным, и это связано с укоренившимся пренебрежением к психическому здоровью.

Очевидно, что собирать научные данные о действенности и экономической эффективности отдельных и комплексных мероприятий психиатрической помощи мало — важно донести эти сведения до политиков и руководителей здравоохранения. Изобилие научных терминов и чрезмерно высокая информационная насыщенность затрудняет восприятие предоставляемых сведений, уменьшая их ценность. В связи с этим следует приложить усилия к созданию надежных каналов связи между руководителями, учеными и другими заинтересованными сторонами. Вероятно, целесообразно вложить средства в подготовку научных консультантов — специалистов, которые хорошо осведомлены в научных методах, могут разъяснить их смысл и в то же время свободно ориентируются в политике. Кроме того, научные консультанты могут



выявлять вопросы, которые недостаточно изучены, но важны для организации психиатрической помощи, и таким образом предоставлять ученым поле для деятельности.

Международные программы, направленные на распространение и стандартизацию данных об эффективности мероприятий психиатрической помощи, способствуют ее развитию, восполнению пробелов и привлечению дополнительных средств. Именно эти задачи преследует деятельность Рабочей сети по охране психического здоровья и экономические исследования, которые проводятся программой ВОЗ «Выбор экономически эффективных мероприятий» и Европейской сетью по экономике психического здоровья².

Литература

Ammadeo F. et al. (2005). Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M. et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press.

Béjean S., Sultan-Taïeb H. (2004). Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *European Journal of Health Economics* [готовится к выходу].

Gabriel P., Liimatainen M. R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Geneva, International Labour Organization.

Jané-Llopis E., Anderson P. (2005). A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental disorders. In: Knapp M. et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press.

Jenkins R. et al. (2002). *Developing a National Mental Health Policy*. Hove, Psychology Press.

Kessler R., Frank R. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4): 861–872.

Knapp M., Mangalore R., Simon J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2:293–297.

Koivumaa-Honkanen H. et al. (2003). Self-reported happiness in life and suicide in ensuing 20 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38:244–248.

McDaid D. et al. (2004). *Financing Arrangements for Mental Health in Western Europe*. Report to the European Commission. London, London School of Economics.

² Автор: Дейвид Мак-Дайд, Отдел исследований в области социального обеспечения, Центр здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Лондонская школа экономических и политических наук.

ODPM Social Exclusion Unit (2004a). *Mental Health and Social Exclusion*. London, Office of the Deputy Prime Minister.

ODPM Social Exclusion Unit (2004b). *Action on Mental Health. A Guide to Promoting Social Inclusion*. London, Office of the Deputy Prime Minister.

Parker C. (2005). Developing mental health policy: a human rights perspective. In: Knapp M. et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press.

Scott S. et al. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191–196.

Thomas C. M., Morris S. (2003). Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, 183:514–519.

Thorncroft G., Tansella M. (2003). *What are the Arguments for Community-based Mental Health Care?* Copenhagen, World Health Organization, Health Evidence Network.

Thorncroft G. et al. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69:125–132.

Tomov T. et al. (2005). Mental health policy in former Eastern bloc countries. In: Knapp M. et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham, Open University Press.

World Health Organization (2001a). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization.
<http://www.who.int/whr/2001/en>

World Health Organization (2001b). *Project Atlas. Mental Health Resources Around the World*. Geneva, World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

World Health Organization (2004a). *The World Health Report 2004. Changing History*. Geneva, World Health Organization.
<http://www.who.int/whr/2004/en>

World Health Organization (2004b) in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization (2004c) in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva, World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf



World Health Organization (2004d). Suicide prevention web sites.
<http://www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicideprevent/en>

Информация в интернете

Сеть по охране психического здоровья: <http://www.imhpa.net>

Европейская сеть по экономике психического здоровья:
<http://www.mentalhealth-econ.org>

Всемирная организация здравоохранения, программа «Выбор экономически эффективных мероприятий» (CHOICE): <http://www.who.int/evidence/cea>

Вопросы охраны психического здоровья в Европе подробно рассматриваются в книге:

Психиатрическая помощь в Европе: политика и практика

Под ред. Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft
Open University Press/McGraw Hill, август 2005

ISBN 0 335 21467 3 (мягкая обложка)

ISBN 0 335 21468 1 (твердый переплет)

Заказать книгу можно на сайте издательства Open University
Press/McGraw Hill: <http://www.mcgraw-hill.co.uk>

Содержание

- Глава 1.** Политика и практика психиатрической помощи в Европе: обзор
Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft
- Глава 2.** История развития психиатрической помощи в Европе
Edward Shorter
- Глава 3.** Неравенство, социальная изоляция и психическое здоровье
Liz Sayce
- Глава 4.** Финансирование психиатрической помощи
Martin Knapp, David McDaid, Luis Salvador, Vidar Halsteinli, Ingrid Zechmeister, Roxana Radulescu
- Глава 5.** Научные основы политики и практики психиатрической помощи
Rachel Jenkins, Paul Cutler, Robert Hayward, David McDaid
- Глава 6.** Политические основы психиатрической помощи и профилактики психических расстройств
Eva Jane Llopis, Peter Anderson
- Глава 7.** Распространенные психические расстройства в первичной медицинской помощи: задачи и научная основа
Simon Gilbody, Peter Bower
- Глава 8.** Реформирование помощи по месту жительства: объем психиатрической помощи в стационарах и по месту жительства
Francesco Amaddeo, Thomas Becker, Angelo Fioritti, Lorenzo Burti, Michele Tansella
- Глава 9.** Успехи лечения психических расстройств
Ville Lehtinen, Heinz Katschnig, Viviane Kovess
- Глава 10.** Медикаментозное лечение психических расстройств в Европе
Nikolas Rose



- Глава 11.** Политика психиатрической помощи в бывших социалистических странах
Toma Tomov, Robert Van Voren, Robert Keukens, Danius Puras
- Глава 12.** Наркомания и алкоголизм
Peter Anderson
- Глава 13.** Обеспечение жильем и трудоустройство
Robert Anderson, Richard Wynne
- Глава 14.** Разработка политики психиатрической помощи с позиций соблюдения прав человека
Camilla Parker
- Глава 15.** Европейские общественные движения потребителей и пострадавших
Diana Rose, Jo Lucas
- Глава 16.** Бок о бок с больным: семья и уход
Lorenza Magliano, David McDaid, Susan Kirkwood, Kathryn Berzins
- Глава 17.** Психиатрическая помощь бездомным и беженцам
Charles Watters
- Глава 18.** Общий взгляд на вопросы политики и развития психиатрической помощи
Michelle Funk, Benedetto Saraceno, Natalie Drew



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и развивает научно обоснованные методы управления здравоохранением путем глубокого и всестороннего изучения здравоохранения европейских стран. Она объединяет ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей с целью изучения направлений реформ в здравоохранении на основании накопленного в Европе опыта и освещения политических вопросов.

В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, провинции Венеция (Италия), Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Сведения о работе Европейской обсерватории в разных странах, политические анализы и публикации (в том числе рефераты) можно найти на сайте: www.observatory.dk.

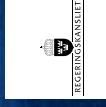
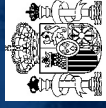
ВОЗ, Европейский центр политики
здравоохранения
Rue de l'autonomie 4
1070
Brussels

Запросы на публикации просьба
направлять в отдел публикаций
Европейского регионального бюро
ВОЗ:
Scherfigsvej 8,
DK-21000 Copenhagen Ø
Denmark

Запросы на копии публикаций:
publicationrequests@euro.who.int

Запросы на воспроизведение
публикаций:
permissions@euro.who.int

Запросы на перевод публикаций:
pubrights@euro.who.int



В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, провинции Венеция (Италия), Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Настоящий реферат адресован руководителям здравоохранения и всем, кто занимается проблемами психиатрической помощи и систем здравоохранения.