



# Реферат

## **Психиатрическая помощь, часть II Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства**

авторы:

Дейвид Мак-Дайд

Грейам Торникрофт



**© 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, 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.*

# Реферат

## Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства<sup>1</sup>

### Введение

В Европе помощь людям с психическими расстройствами предоставляют разные учреждения, в том числе общественные организации, службы первичной медицинской помощи, больницы общего профиля, психиатрические отделения и больницы (в том числе охраняемые и закрытые). Учитывая это, организаторам и руководителям здравоохранения надлежит определить, какое место в структуре психиатрической помощи следует отвести той или иной форме ее предоставления. Для этого в первую очередь потребуются учесть действенность данного вида помощи, ее экономическую эффективность, а также осуществимость реформ в рамках конкретного бюджета.

ВОЗ в своем Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г. призывает сокращать объем стационарной психиатрической помощи и развивать психиатрические службы по месту жительства, поскольку помощь, предоставляемая последними, дает лучшие результаты (в частности, повышает качество жизни), способствует соблюдению прав человека и экономически более эффективна. В докладе указано, что психиатрическая помощь по месту жительства должна быть комплексной и разветвленной — в ней должны участвовать специалисты разного профиля и различные ведомства, в том числе занимающиеся жилищными вопросами и трудоустройством (WHO, 2001a).

На протяжении большей части минувшего века основой психиатрической помощи в Европе служили психиатрические больницы и интернаты. Традиционно в таких учреждениях упор делался на изоляцию больных, права человека постоянно нарушались, а реабилитации больных внимания почти не уделялось. В последние 30 лет взгляды на психиатрическую помощь во многих европейских странах серьезно изменились — началось планомерное сокращение стационарной помощи. Однако эти перемены не всегда сопровождались развитием психиатрической помощи по месту жительства. В результате люди с психическими расстройствами, которые, несомненно, являются одной из самых уязвимых групп населения, часто лишались необходимой помощи. Кое-где руководители здравоохранения

---

<sup>1</sup> 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](http://www.observatory.dk).



по-прежнему отводят психиатрической помощи второстепенную роль и, ссылаясь на существенное снижение расходов при закрытии психиатрических больниц и интернатов, сокращают бюджет психиатрической помощи вместо того, чтобы направлять освободившиеся средства на развитие психиатрической помощи по месту жительства.

Особенно остро проблема реорганизации психиатрической помощи стоит в бывших социалистических странах, где финансирование данной отрасли крайне ограничено, а больницы и интернаты до сих пор составляют ее основу. В 2001 г. психиатрической помощи по месту жительства не существовало в 17 европейских странах, и почти все они расположены в Центральной и Восточной Европе — в основном на Балканах и территории бывшего СССР (WHO, 2001 b). Объем стационарной психиатрической помощи в этом регионе сокращается медленно, предубеждения против психических расстройств особенно широко распространены, и вопрос о реорганизации психиатрической помощи встал только сейчас.

Далее речь пойдет о распределении психиатрической помощи между стационарами и службами по месту жительства. Будут указаны компоненты психиатрической помощи, которые сегодня представляются важнейшими — на основании научных данных о действенности и экономической эффективности. Кроме того, мы рассмотрим влияние недостатка средств на согласованность развития разных форм психиатрической помощи и способы, позволяющие преодолеть препятствия к улучшению финансирования психиатрической помощи по месту жительства за счет сокращения объема стационарной помощи.

## Сокращение объема стационарной психиатрической помощи в Европе

Во многих странах Европы на протяжении XX века роль больниц и интернатов в помощи людям с психическими расстройствами сначала росла, а затем стала постепенно ослабевать. По мере того как неэффективность психиатрической помощи в больницах и интернатах становилась все более очевидной, а защите прав человека придавали все большее значение (эта тенденция наметилась в 1950-х гг.), руководители здравоохранения понимали, что в этой области пора проводить реформы и прежде всего от изолированных стационаров, в которых людей с психическими расстройствами фактически поселяли. Дополнительными аргументами в пользу реформ, несомненно, стали колоссальность затрат на содержание психиатрических стационаров и появление новых психотропных средств.

Последние 30 лет, особенно в Западной Европе, число больных в психиатрических стационарах сокращается. Их переводят в больницы общего профиля, переселяют в интернаты и дома инвалидов по месту жительства, где им предоставляется уход, или выписывают для предоставления помощи на дому. На рис. 1 показана динамика числа психиатрических коек в Западной Европе с 1978 г. (год принятия в Италии закона о сокращении объема стационарной психиатрической помощи) по 2002 г. На рисунке видно, что

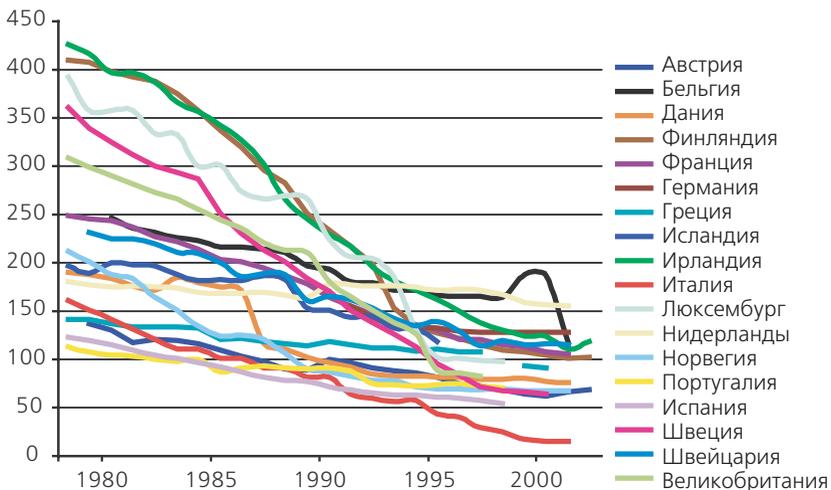
психиатрических коек особенно мало в Италии. Что касается Швейцарии, то в этой стране больше нет специализированных психиатрических стационаров — все психиатрические койки расположены в больницах общего профиля. Даже в странах с относительно большим числом психиатрических коек — Ирландии и Финляндии — данный показатель с 1970-х гг. существенно сократился.

Как видно на рис. 2, из десяти стран, недавно вошедших в ЕС, за последние 15 лет наиболее заметно число психиатрических коек сократилось в Эстонии, Литве и — особенно — на Кипре. В то же время кое-где, в частности в Словакии и Словении, ситуация почти не изменилась, и число психиатрических коек в 2002 г. осталось почти таким же, как в 1990 г. Следует отметить, что объем стационарной психиатрической помощи сокращается и во многих странах бывшего СССР, однако в России психиатрические стационары сохранили самый обширный среди бывших социалистических стран коечный фонд — 166 000 коек.

Во многих странах психиатрические стационары старого образца уже не играют ведущей роли в психиатрической помощи, но судить об их роли по числу психиатрических коек следует с осторожностью. Получить точные и сопоставимые данные о числе психиатрических коек (в психиатрических больницах, больницах общего профиля и других учреждениях) сложно — порой учитываются только койки обычных психиатрических больниц. Так,

**Рисунок 1. Динамика числа психиатрических коек в странах Западной Европы, 1978—2002 гг.**

Число психиатрических коек на 100 000 населения



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, 2004 г.



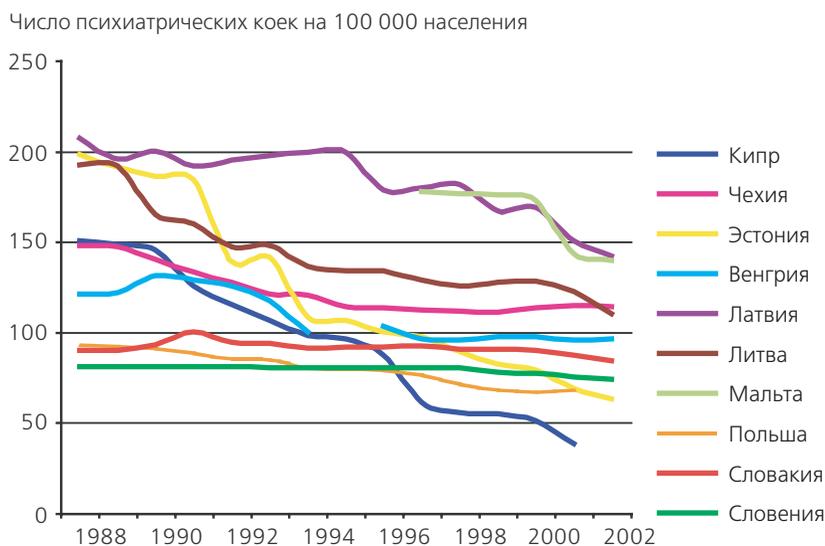
бывшие социалистические страны зачастую не включают в число психиатрических коек койки в домах престарелых и инвалидов – учреждениях, нередко обвиняемых в нарушении прав человека.

Сокращение объема стационарной психиатрической помощи часто трактуют по-разному. Например, в Германии оно выразилось в переводе больных из психиатрических стационаров в пустующие реабилитационные туберкулезные центры в Шварцвальде. В Швейцарии же койки в действующих психиатрических больницах сократили, но при этом официальной государственной программы перевода психиатрической помощи в больницы общего профиля так и не существует (Haug & Rossler, 1999).

## Распределение психиатрической помощи между стационарами и службами по месту жительства

Каждая страна должна сама определить, какую долю психиатрической помощи должны предоставлять стационары, а какую – службы по месту жительства. Для этого необходимо учесть множество факторов, в том числе потребности населения, наличие материальных средств, гибкость и согласованность различных компонентов в структуре психиатрической помощи, а также местные культурные особенности. Все эти факторы следует

**Рисунок 2. Динамика числа психиатрических коек в странах, недавно вошедших в ЕС, 1988–2002 гг.**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, 2004 г.

включить в государственную политику и план действий в области психиатрической помощи, которые должны быть тесно связаны с политикой здравоохранения в целом и политикой охраны психического здоровья.

### **Основные принципы**

Тогда как структура психиатрической помощи в каждой стране может быть разной, ряд принципов ее организации необходимо соблюдать всегда (рамка 1). Главным из них служит защита прав человека — этот принцип остается ведущим, независимо от того, оказывается ли психиатрическая помощь в стационаре или по месту жительства. Кроме того, важно использовать методы, действенность которых доказана или хотя бы изучается. Равноправие требует создавать службы психиатрической помощи по всей стране, а не сосредоточивать их в городах и предоставлять помощь, руководствуясь потребностями, а не платежеспособностью больных. Учитывать экономическую эффективность различных видов помощи тоже необходимо. Она не может быть единственным доводом для выделения средств, однако, руководствуясь ей, можно направлять средства на те виды помощи, которые принесут наиболее ощутимую пользу здоровью людей.

#### **Рамка 1. Основные принципы организации служб психиатрической помощи**

**Защита прав человека.** Необходимо уважать независимость больного и наделять его правом принимать решения. При выборе методов лечения предпочтение следует отдавать методам, наименее ограничивающим свободу больного.

**Доступность.** Службы психиатрической помощи должны располагаться по месту жительства. Отсутствие таких служб, особенно в сельских районах, препятствует получению психиатрической помощи.

**Всесторонность.** Службы психиатрической помощи должны предоставлять все формы помощи и проводить все программы в соответствии с потребностями населения.

**Согласованность и непрерывность.** Чтобы отвечать потребностям больных в социальной, психологической и медицинской помощи, работа разных служб должна быть согласованной.

**Действенность.** Методы работы служб психиатрической помощи должны быть научно обоснованы.

**Равноправие.** Помощь должна предоставляться в соответствии с потребностями больных. Страдающие психическими расстройствами люди уязвимы и сами обычно за помощью не обращаются.

**Экономическая эффективность.** Развивая службы психиатрической помощи и распределяя средства, необходимо принимать во внимание данные об экономической эффективности.

Источник: ВОЗ, 2003 г.



### **Использование научных данных**

Руководители здравоохранения продолжают решать два основных вопроса организации психиатрической помощи: какой объем помощи передать службам по месту жительства и какую схему предоставления психиатрической помощи выбрать. В некоторых странах сокращение стационарной помощи дало неоднозначные результаты. Это способно остановить руководителей здравоохранения и заставить их отказаться от дальнейших попыток организации помощи по месту жительства. С другой стороны, вполне оправданное беспокойство по поводу соблюдения прав человека в психиатрических стационарах, безусловно, чревато полным отказом от стационарной помощи. Разобраться в этих вопросах помогает обзор, недавно подготовленный для Сети научных данных в области здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (Thornicroft & Tansella, 2003 and 2004).

Основные вопросы этого обзора:

1. Какой объем психиатрической помощи должен предоставляться по месту жительства, а какой – в стационарах?
2. Какие виды помощи необходимо обеспечить обязательно, а какие – по возможности?
3. Как организовывать психиатрическую помощь в зависимости от объема финансирования?
4. Какие доводы и доказательства имеются в данной области?

Основной вывод обзора: 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. Следовательно, структура психиатрической помощи должна быть *сбалансированной*, то есть включать как службы по месту жительства, предоставляющие основной объем услуг, так и больницы, чьи обязанности должны быть сведены к лечению острых случаев. Госпитализация, когда она необходима, должна быть как можно короче, а стационары не следует удалять от населенных пунктов, чтобы не усугублять изоляцию больных. В то же время такая структура подходит не для каждой страны.

В рамке 2 представлены ориентировочные варианты организации психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования. Общий принцип таков: чем уровень финансирования выше, тем более разветвленной и многообразной должна быть структура психиатрической помощи.

### **Первичное медицинское обслуживание**

Определенные виды психиатрической помощи можно предоставлять в рамках первичного медицинского обслуживания, обращаясь к психиатрам, только когда требуются обучение, консультации или сложное лечение. Сотрудничать с психиатрами специалистам общей практики особенно важно, поскольку обычно люди с психическими расстройствами сначала обращаются за первичным медицинским обслуживанием, а на этом уровне распространенные психические расстройства (такие как депрессия) до сих пор выявляют и лечат не очень хорошо. В связи с этим особое внимание

следует обратить на обучение специалистов общей практики — в первую очередь, они должны уметь находить информацию, налаживать связи и обмениваться данными с другими специалистами (Gilbody et al., 2004).

### **Психиатрическая помощь в системе общего медицинского обслуживания**

В странах, где финансирование психиатрической помощи находится на среднем уровне или было низким, но с развитием экономики стало расти, имеется возможность создавать дополнительные службы психиатрической помощи в рамках системы здравоохранения:

- (1) амбулаторные клиники;
- (2) патронажные психиатрические бригады;
- (3) психиатрические больницы;
- (4) местные стационары длительного пребывания;
- (5) службы охраны психического здоровья трудящихся.

Организация и согласование работы этих служб по территориальному принципу способствует непрерывности помощи, под которой подразумевается определение всех потребностей человека не только в отношении состояния его здоровья на данный момент, но и в отношении его способности полноценно жить и работать. Кроме того, территориальный принцип организации психиатрической помощи позволяет снизить риск того, что бюджет ее окажется раздробленным.

При недостатке средств, наблюдаемом в странах со средним уровнем финансирования психиатрической помощи (в частности, в большинстве бывших социалистических стран), дополнительную *специализированную психиатрическую помощь* в первую очередь следует предоставлять людям с наиболее тяжелыми и стойкими психическими расстройствами. При наиболее

#### **Рамка 2. 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 — создать: (1) амбулаторные клиники; (2) патронажные психиатрические бригады; (3) психиатрические больницы; (4) местные стационары длительного пребывания; (5) службы охраны психического здоровья трудящихся.

**Высокий уровень.** В дополнение к описанным выше мерам — развивать высокоспециализированные службы: специализированные амбулаторные клиники и патронажные психиатрические бригады, службы активной психиатрической помощи по месту жительства, профильные стационары длительного пребывания и службы профессиональной реабилитации.

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003.



часто встречающихся в общей практике психических расстройств (таких как депрессия) улучшение со временем наступает и без вмешательства специалистов. Амбулаторные психиатрические клиники можно организовывать при центрах первичного медицинского обслуживания, психиатрических больницах или больницах общего профиля.

*Патронажные психиатрические бригады* выполняют целый ряд функций. В них входят психиатры, медицинские сестры, социальные работники, психологи и специалисты по трудотерапии. Их деятельность прежде всего ориентирована на взрослых с тяжелыми психическими расстройствами. Установлено, что, благодаря таким бригадам, больные получают больший объем помощи, лучше соблюдают врачебные назначения, а их удовлетворенность помощью возрастает. Кроме того, создание бригад способствует непрерывности психиатрической помощи. Чтобы повысить согласованность предоставления различных видов помощи и услуг, в бригаду можно ввести *администраторов*, которые будут управлять ведением каждого больного.

*Психиатрические больницы*, предоставляющие помощь при острых состояниях, тоже необходимы (например, больным с повышенным риском самоубийства). Зачастую роль таких больниц играют специализированные отделения в больницах общего профиля. Быстро определить потребность в койках такого отделения сложно, она зависит от местных условий. Тем не менее сделать это необходимо, поскольку затраты на содержание психиатрических коек весьма высоки, и их излишек чреват сокращением средств на прочие виды психиатрической помощи по месту жительства.

Создание новых служб психиатрической помощи по месту жительства позволяет повысить качество медицинского обслуживания и улучшить состояние больных, не увеличивая затраты. Группой по изучению психиатрической помощи (TAPS) были исследованы стоимость, качество и результаты психиатрической помощи, которую в течение 15 лет оказывали 751 больному. Эти больные были выписаны из двух психиатрических больниц Англии после длительной госпитализации (средняя продолжительность госпитализации составила 17 лет). Через год после выписки, а затем еще через пять лет среди них проводили опросы. На момент последнего опроса в живых осталось 523 больных. Из них примерно 90% проживали дома, несколько человек находились в местах лишения свободы или бродяжничали. По крайней мере треть больных хотя бы раз повторно госпитализировали. Исследователи пришли к выводу, что при организации психиатрической помощи по месту жительства на 100 выписанных больных должно приходиться от 9 до 10 психиатрических коек, часть которых может находиться в реабилитационных центрах.

### **Высокоспециализированные службы психиатрической помощи**

Обеспеченные страны, в частности страны Западной Европы, имеют возможность создавать *высокоспециализированные службы психиатрической помощи*. Направлением деятельности таких служб могут быть, например, расстройства пищевого поведения или психические расстройства при алкоголизме или наркомании. В качестве альтернативы психиатрическим

больницам можно организовывать патронажные и кризисные службы, бригады неотложной помощи (их эффективность пока не доказана) и *службы активной психиатрической помощи по месту жительства* (рамка 3). Варианты высокоспециализированных служб для хронических больных тоже весьма разнообразны — от домов инвалидов, где за больными ухаживают постоянно, до интернатов, в которых больные полностью себя обслуживают. Поскольку наличие работы положительно влияет на качество жизни и самооценку, большую пользу приносят службы профессиональной реабилитации — мастерские при интернатах или службы трудоустройства. Вариантов служб профессиональной реабилитации множество; наиболее эффективны те, которые сначала устраивают больного на работу, а затем обучают, а не те, которые проводят профессиональную подготовку до трудоустройства (Marshall et al., 2001). Профессиональная реабилитация приносит и явную экономическую пользу, поскольку трудоспособный и трудоустроенный человек содержит себя сам, платит налоги и не нуждается в пособиях.

## Экономическая эффективность психиатрической помощи по месту жительства

Экономические исследования психиатрической помощи по месту жительства и стационарной психиатрической помощи показали, что при передаче

### **Рамка 3. Службы активной психиатрической помощи по месту жительства**

#### **Характеристика**

- Невысокая нагрузка на специалистов (в среднем на 10 сотрудников службы приходится 100 больных).
- Непрерывное (круглосуточное, без выходных) наблюдение за больным.
- При необходимости — ежедневная выдача лекарственных средств.
- У больного остается возможность перейти на менее строгий режим ведения.
- Комплексный подход — в ведении каждого больного участвуют несколько специалистов (психиатры, медицинские сестры и другие).
- Служба управляет или напрямую распоряжается средствами больного.
- 80% услуг больной получает по месту жительства.

#### **Эффективность**

- Число и длительность госпитализаций больных с тяжелыми психозами сокращается, однако общие затраты на лечение не снижаются.
- Налаживается быт и профессиональная деятельность больных.
- Возрастает удовлетворенность больных.
- В районах, где население уже обеспечено непрерывной и согласованной психиатрической помощью, значительных преимуществ нет.

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003



основного объема помощи службам по месту жительства затраты чаще не сокращаются, зато качество жизни и удовлетворенность больных возрастают. По некоторым данным, качество помощи тесно связано с расходами на нее. В одном рандомизированном контролируемом исследовании изучали затраты, связанные с переходом от стационарной помощи на специализированную помощь по месту жительства (преимущественно на дому). Краткосрочные и среднесрочные затраты на помощь по месту жительства оказались значительно ниже (Knapp et al., 1995). Проведенное в Англии исследование Группы по изучению психиатрической помощи показало: чем раньше больных выписывают из стационара, тем ниже затраты на их ведение по месту жительства. Об экономии средств при переходе на помощь по месту жительства также свидетельствуют данные исследования, прошедшего после закрытия психиатрической больницы в Сиднее. Однако в этом случае службы психиатрической помощи по месту жительства было достаточно развиты, чтобы вести выписанных больных, так что выделять средства на их создание не пришлось (Lapsley et al., 2000).

Данные исследований экономической эффективности служб активной психиатрической помощи по месту жительства свидетельствуют, что их внедрение не влияет на общие затраты здравоохранения. В то же время опросы больных показали, что данный вид психиатрической помощи способствует повышению качества жизни и удовлетворенности больных. Судя по всему, такие службы, как и прочие виды помощи по месту жительства, экономически эффективны. Тем не менее это еще следует подтвердить (Burns et al., 2001). В районах с высокой потребностью в психиатрических койках альтернативой психиатрическим больницам могут стать небольшие дневные стационары: не ограничивая свободу больных, они предоставляют всю необходимую в острых случаях помощь (Marshall et al., 2001).

## Экономические препятствия к реорганизации психиатрической помощи

Реорганизация психиатрической помощи, а именно устранение традиционного преимущества стационаров и расширение объема помощи по месту жительства, сталкивается с многочисленными экономическими препятствиями (Knapp et al., 2004). В странах низкого и среднего достатка (в частности, в бывших социалистических странах) финансирование психиатрической помощи нередко до сих пор напрямую зависит от занятости коек в психиатрических стационарах. Это ограничивает свободу действий руководителей здравоохранения и не способствует их заинтересованности в развитии служб по месту жительства. Помимо прочего, зависимость объема финансирования от занятости больничных коек в корне порочна, и, например, в Российской Федерации переполненные психиатрические больницы, в которых занято 1000 и более коек, оказываются в более выгодном положении, чем небольшие стационары (Samyshkin et al., 2004).

В странах, где попытки расширить помощь по месту жительства, сокращая число психиатрических коек, все же предпринимаются, освободившиеся средства не всегда поступают на развитие помощи по месту жительства. Причиной тому служит распространенное заблуждение, будто помощь по месту жительства обходится дешевле. В результате руководители здравоохранения нередко воспринимают закрытие психиатрических больниц как повод сократить бюджет психиатрической помощи и направить сэкономленные средства в другие области. Так, в Венгрии, несмотря на сокращение коечного фонда психиатрических больниц на 50%, помощь по месту жительства остается не развитой (Harangozó & Kristóf, 2000). Чтобы гарантировать поступление освобождающихся средств на развитие служб по месту жительства, можно прибегнуть к так называемой защите бюджета психиатрической помощи. Толчком к сокращению психиатрических больниц способно стать и подушное финансирование психиатрической помощи, при котором средства на каждого больного выделяются независимо от того, где он получает помощь. Без целенаправленного изменения политики внедрение подобных новшеств немыслимо.

Удостовериться, что финансирование психиатрической помощи достаточно, чтобы обеспечивать ее всесторонность, надлежит не только странам с низким или средним достатком — невнимание к психиатрической помощи традиционно для всей Европы. Страны, в которых финансирование здравоохранения основано на доходах от общего налогообложения, должны изменить формулу определения бюджета психиатрической помощи, включив в нее данные о потребностях населения. В случае финансирования за счет социального страхования необходимо тщательно рассчитать ставки возмещения, чтобы они полностью покрывали затраты на лечение психических расстройств.

Чтобы четко представлять ситуацию и делать верные шаги, каждый, кто принимает решения, должен знать, во что они обходятся, — финансовая ответственность способна серьезно повлиять на действия человека. Поучителен пример Англии и Австралии, которые изменили схему возмещения затрат на стационарную психиатрическую помощь. Раньше дотации от правительства поступали непосредственно в больницы. Теперь их получают местные управления здравоохранения, которые и оплачивают стационарное обслуживание жителей своего района. Узнав, как дорого оно обходится, местные руководители здравоохранения сами начали выяснять, нельзя ли найти более экономически эффективные формы психиатрической помощи и предоставлять ее не в больницах, а, например, по месту жительства.

### **Параллельное финансирование**

Чтобы изменить структуру психиатрической помощи, перевести средства больниц в пользу служб по месту жительства не достаточно. Прежде чем закрывать больницы, обычно требуется вложить средства в развитие материальных и человеческих ресурсов служб по месту жительства. Только так можно обеспечить плавный переход от старой системы психиатрической



помощи к новой. Следовательно, в переходном периоде финансировать требуется как существующие учреждения, так и новые службы. В противном случае реорганизация психиатрической помощи будет затруднена (подобные сложности наблюдались, в частности, в Дании, Италии и Англии), а сокращение объема стационарной помощи встретит еще больше препятствий. В результате в первую очередь пострадают наиболее уязвимые представители общества — люди с тяжелыми психическими расстройствами. Отсутствие необходимой помощи чревато для них нищетой, бездомностью и социальной изоляцией, оно способно сделать их как жертвами, так и преступниками. Кроме того, следует понимать, что реформам препятствует не только недостаток средств. Зачастую менять следует взгляды властей. В Люксембурге, где на психиатрическую помощь выделяется много средств (13% бюджета здравоохранения), помощь по месту жительства так и остается недоразвитой именно в силу недостаточных усилий руководства (Haug & Rossler, 1999).

## Заключение

Последние 30 лет многие европейские страны предпринимают серьезные усилия, чтобы отказаться от системы психиатрической помощи, в которой главенствующая роль принадлежит стационарам, и предоставлять людям с психическими расстройствами помощь и поддержку преимущественно по месту жительства. Научные данные подтверждают, что реорганизовывать систему психиатрической помощи, определяя оптимальное соотношение между стационарной помощью и помощью по месту жительства, целесообразно во всех странах, независимо от их благосостояния. В странах с низкими доходами основой психиатрической помощи должно стать первичное медицинское обслуживание, опирающееся при необходимости на помощь специалистов. Страны со средним уровнем доходов способны предоставлять основные виды специализированной психиатрической помощи, создавая, например, патронажные психиатрические бригады и стационары для лечения острых психических расстройств. Обеспеченные страны в состоянии предоставлять населению всестороннюю психиатрическую помощь и создавать высокоспециализированные службы, такие как службы активной психиатрической помощи по месту жительства, интернаты, дома инвалидов и службы профессиональной реабилитации, помогающие больным находить и сохранять работу. В целом, все эти виды помощи экономически эффективны, а многие позволяют улучшить состояние и повысить качество жизни больных, не увеличивая затрат.

Некоторые исследования показали, что сокращение объема стационарной помощи пользы не принесло. Как правило, виной тому неправильная организация психиатрической помощи по месту жительства. Важно понимать, что организовать помощь по месту жительства невозможно без развития соответствующих служб, грамотного и достаточного финансирования, равно как и без согласования действий других ведомств (служб социального обеспечения и занятости, жилищного сектора) и сотрудничества с общественными объединениями больных и их

родственников. При реорганизации системы психиатрической помощи не следует упускать из виду кадровые вопросы. Бесспорно, наличие квалифицированных кадров служит залогом качественного обслуживания. В свою очередь, подготовку кадров не следует сводить лишь к специализации по психиатрии. Необходимо учить специалистов организаторским и управленческим навыкам, отсутствие которых особенно заметно в некоторых странах и не позволяет должным образом проводить реформы и согласовывать деятельность различных организаций и ведомств.

Наконец, необходимо создать благоприятные условия для научных исследований, чтобы расширять базы данных об эффективности различных видов помощи в тех или иных условиях. Это крайне важно, поскольку действенность и экономическая эффективность многих методов организации и видов психиатрической помощи до сих пор не изучена. Полезно также вести индивидуальные регистрационные карты больных, которые являются источником данных об использовании и отдаленных результатах различных видов психиатрической помощи<sup>2</sup>.

## Литература

Becker T., Vasquez-Barquero J. L. (2001). The European perspective on psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410):8–14.

Becker T. et al. (2002). Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10):465–474.

Burns T. et al. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 5(15).

Gilbody S. et al. (2004). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23):3145–3151.

Harangozó J., Kristóf R. (2000). Where is Hungarian mental health reform? *Mental Health Reforms*, 2:14–18.

Haug H.-J., Rossler W. (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249:115–122.

Knapp M. et al. (1995). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 166(1): 120–122.

---

<sup>2</sup> Авторы: 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;

Грейам Торникрофт, Департамент исследований в области медицинского обслуживания, Институт психиатрии, лондонский Королевский колледж.



Knapp M. et al. (2004). *Mental health in low and middle income countries: economic barriers to policy and practice*. London, London School of Economics [рабочий документ].

Lapsley H. M. et al. (2000). Deinstitutionalization for long-term mental illness: cost differences in hospital and community care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34:491–495.

Marshall M. et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5:1–75.

Samyshkin Y. et al. (2004). *Moving forward the process of reform in the Russian Federation: an economic, financial and health systems analysis of the interface between health and social protection structures*. London, Imperial College, Business School.

Thornicroft G., Tansella M. (2003). *What are the arguments for community based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network.

Thornicroft G., Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185:283–290.

Trieman N., Leff J., Glover G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319:13–16.

World Health Organization (2001a). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/whr/2001/e/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/e/whr01_en.pdf), последнее обновление 21 декабря 2004 г.).

World Health Organization (2001 b). *Atlas: Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/database.htm](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/database.htm), последнее обновление 21 декабря 2004 г.).

World Health Organization (2003). *Organization of services for mental health. (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/entity/mental\\_health/resources/en/Organization.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/resources/en/Organization.pdf), последнее обновление 21 декабря 2004 г.).

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](http://www.observatory.dk).

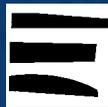
ВОЗ, Европейский центр политики  
здравоохранения  
Rue de l'autonomie 4  
1070  
Brussels

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](mailto:publicationrequests@euro.who.int)

Запросы на воспроизведение  
публикаций:  
[permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int)

Запросы на перевод публикаций:  
[pubrights@euro.who.int](mailto: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.