



**ЕВРОПА**

**Факты и цифры**  
**Копенгаген, Лондон, 10 октября 2008 г.**

### **Новый доклад ВОЗ**

#### **Политика и практика охраны психического здоровья в Европе – решение неотложных задач**

В докладе, опубликованном Европейским региональным бюро ВОЗ и подготовленном при финансовой поддержке Европейской комиссии, обнародованы ранее неизвестные данные о политике и практике охраны психического здоровья в различных странах Европейского региона. Доклад также указывает на наличие важных пробелов в информации. Приведенные ниже выдержки дают представление о характере сведений, полученных из 42 государств-членов, которые содержатся в докладе.

- В течение последних лет активизировались процессы разработки политики и законодательства. За период с 2005 г. в 57% стран была принята новая или обновлена ранее существующая политика в области охраны психического здоровья, в 47% стран введено новое или обновлено действующее законодательство. Лишь в четырех странах все еще нет принятой стратегии. В пяти странах законодательство не обновлялось в течение более десяти последних лет.
- Имеются резкие различия в численности психиатров на 100 000 населения: от 30 на 100 000 в Швейцарии и 26 – в Финляндии, до 3 – в Албании и 1 – в Турции. Срединное значение (медиана) показателя численности психиатров среди 41 страны, представившей сведения, составляет 9 на 100 000 населения.
- Лишь немногие страны представили данные о расходах на укрепление психического здоровья и профилактику психических нарушений. Эти расходы, как правило, крайне низки – не более 1% от общего бюджета на охрану психического здоровья.
- 17 из 42 стран представили данные о доле инвалидов, получающих пособия социального обеспечения или пенсии по причине нарушений психического здоровья. Среди стран, по которым имеются данные, этот показатель колеблется от 44% в Дании до 8% в Российской Федерации.
- Наибольшие различия в уровне оказания помощи характерны для специальных учреждений по оказанию социальной помощи и ухода: подобные учреждения для детей и подростков имеются в 31 из 42 стран (74%), со сравнимыми соотношениями по отдельным группам стран. В этой сфере отмечаются максимальные различия в характере оказания помощи. В странах Западной Европы детей нередко устраивают в приемных семьях или в небольших домах-интернатах. Во многих странах Юго-Восточной Европы и СНГ дети-инвалиды иногда вынуждены проживать в крупных и нередко плохо финансируемых социальных учреждениях интернатного типа.

- Назначение антидепрессантов – скудная информация и значительный разброс в показателях: опрос был направлен на выявление доли жителей, которым назначались антидепрессанты в течение последнего года, по которому имелись сведения. Многие страны (26 из 42) сообщили об отсутствии сведений по данному вопросу. Отсутствует систематический сбор данных о назначении антидепрессантов.
- В тех странах, где эта информация имела, доля населения, получавшего антидепрессанты, колеблется от 12% в Молдове и 10% в Испании (Каталония) до 3% в Литве и 1% в Боснии и Герцеговине (Республика Сербская).
- Частота обращений за помощью в учреждения охраны психического здоровья демонстрирует значительные различия в плане доступа – от 1% до 28% населения.
- Показатели частоты госпитализации различаются в 13 раз. Наивысшие цифры характерны для таких стран как Румыния, Венгрия и Эстония, а также Германия и Швеция. В некоторых случаях высокая частота госпитализации возможно обусловлена извращенными финансовыми стимулами в рамках системы здравоохранения, например когда оплата производится за каждый случай госпитализации или покрывает лишь ограниченный период пребывания в стационаре. В результате пациентов преждевременно выписывают и затем вновь помещают в больницу. В других странах движущей силой может являться избыток имеющихся больничных коек.
- Интересно отметить, что среди амбулаторных пациентов преобладают женщины, в то время как среди госпитализированных больных распределение по полу почти равное.
- Расширение полномочий и представительство пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними: в докладе прослежена четкая связь между динамикой расходов на охрану психического здоровья, динамикой развития служб охраны психического здоровья на базе сообществ и степенью вовлечения пациентов и лиц, осуществляющих уход. Наибольшая активность в этом отношении отмечается в 15 странах, входивших в состав Европейского союза до 2004 г. (ЕС-15)<sup>1</sup>. Во многих странах восточной части Европейского региона ВОЗ, где все еще преобладает институциональная модель оказания помощи, движения за вовлечение пациентов и лиц, осуществляющих уход, находятся на начальных этапах развития.
- Роль врачей общего профиля варьирует в широких пределах и не всегда соотносится с уровнем полученной подготовки. Так, например, в Норвегии вопросам психологии и психиатрии не уделяется значительного внимания в подготовке врачей общего профиля, в обязанности которых, между тем, входит оказание помощи при наиболее частых видах нарушений психического здоровья.
- Средства на научные исследования иногда расходуются неэффективно. При этом страны Европейского региона можно разделить на две группы: страны с хорошо развитыми информационными системами, которые также вкладывают средства в научные исследования и распространение их результатов (главным образом ЕС-15), и те страны, где этого не происходит. Если эти данные соотнести с наличием служб на уровне сообществ и разнопрофильных кадров, обнаружится четкая зависимость. Тот факт, что лишь немногие страны инвестируют значительные средства в научные разработки, свидетельствует о вероятном отсутствии в большинстве стран возможностей для проведения оригинальных исследований. Отсюда можно заключить, что многие страны проводят анализ уже опубликованных научных данных, вероятно с

---

<sup>1</sup>Группа ЕС-15 включает следующие страны: Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция.

целью составления сравнимых клинических рекомендаций. Более тесное сотрудничество могло бы значительно способствовать повышению качества и эффективности.

### **Бремя нарушений психического здоровья в Европе – основные факты и цифры**

В последние годы в большинстве европейских стран вопросы психического здоровья приобрели приоритетное значение. При расчете в показателях DALY (число утраченных лет здоровой жизни) психоневрологические расстройства составляют второй по важности компонент бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ – 19,5% от общего числа DALY.

По последним из имеющихся данных (2002 г.), психоневрологические расстройства занимают в Европе первое место по числу лет, прожитых с инвалидностью (показатель YLD), составляя 39,7% от суммарного значения (от всех причин). Одни только униполярные депрессивные расстройства обуславливают 13,7% YLD, став таким образом ведущей причиной хронических нарушений здоровья в Европе<sup>2</sup>. Болезнь Альцгеймера и другие формы деменции являются седьмой по важности причиной хронических состояний в Европе, обуславливая 3,8% от общей суммы YLD. На долю шизофрении и биполярных расстройств приходится по 2,3% от всех YLD.

В Европейском регионе высока частота самоубийств. Средний уровень распространенности самоубийств в Европе составляет 15,1 на 100 000 населения, с наиболее высокими цифрами в странах СНГ (22,7 на 100 000 населения), за которыми следуют страны, присоединившиеся в ЕС за период с 2004 г.<sup>3</sup> (15,5 на 100 000 населения).

### **Источники информации, лежащей в основе доклада:**

За представление данных для использования в докладе отвечали министерства здравоохранения стран-участников. В осуществлении проекта приняли участие следующие 42 государства – члена Европейского региона ВОЗ:

- все 27 стран ЕС: Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швеция, Эстония;
- 7 стран Юго-Восточной Европы: Албания, Босния и Герцеговина (Федерация Боснии и Герцеговины и Республика Сербская), бывшая югославская Республика Македония, Сербия, Турция, Хорватия, Черногория;
- 5 стран СНГ: Азербайджан, Грузия, Молдова, Российская Федерация, Узбекистан; а также
- Израиль, Норвегия и Швейцария.

<sup>2</sup> *Global burden of disease estimates*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, по состоянию на 8 мая 2008 г.).

<sup>3</sup> За период с 2004 г. в состав ЕС вошли следующие страны: Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика, Эстония.

**Контактные лица для получения дополнительной информации:**

**ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Д-р Matt Muijen,  
Европейское региональное бюро ВОЗ,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.  
Тел.: +45 39 17 13 91; моб.: +45 51 20 19 36  
Факс: +45 39 17 18 80  
E-mail: mfm@euro.who.int

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕССЫ:**

Liuba Negru,  
Сотрудник по связям с прессой и другими СМИ,  
Европейское региональное бюро ВОЗ,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark.  
Моб. тел.: +37 258 509 081, +45 20 45 92 74.  
E-mail: LNE@euro.who.int

Tina Kiær,  
Сотрудник по информации в области  
психического здоровья,  
Европейское региональное бюро ВОЗ,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 39 17 12 50; моб.: +45 24 65 80 63  
Факс: +45 39 17 18 80  
E-mail: tki@euro.who.int