



Реферат

Психиатрическая помощь, часть III **Финансирование психиатрической помощи в Европе**

авторы:

Дейвид Мак-Дайд

Мартин Напп

Клэр Карран



© 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

Финансирование психиатрической помощи в Европе¹

Введение

Распространенность большинства психических расстройств в европейских странах почти одинакова, однако мнения руководителей здравоохранения относительно того, какова потребность в психиатрической помощи, сколько средств на нее выделять и какими способами предоставлять, существенно различаются. Эти различия обусловлены многими причинами, в том числе демографической, экономической и политической ситуацией, сложившимися традициями и насущными потребностями. Очевидно, тем не менее, что во многих европейских странах психиатрическая помощь финансируется крайне скудно. Психические расстройства широко распространены, они вносят существенный вклад в общий ущерб от болезней и способствуют социальному неблагополучию. Экономическая эффективность вложений в психиатрическую помощь получает все большую доказательность. И несмотря на все это, затраты на нее составляют ничтожную долю расходов здравоохранения. Во многих странах до сих пор нет четкой политики охраны психического здоровья, ощущается острый недостаток специалистов психиатрической помощи, а для улучшения ситуации делается очень мало. Порой причина такого положения кроется в укоренившихся предубеждениях против психических расстройств.

Обделять психиатрическую помощь финансированием невыгодно и несправедливо. Невыгодно, поскольку мероприятия в области охраны психического здоровья экономически эффективны. Несправедливо, поскольку от ущерба, наносимого психическими расстройствами, прежде всего страдают бедные слои населения. Кроме того, недостаточное финансирование препятствует происходящим в современной Европе реформам в системе психиатрической помощи, которые нередко нуждаются в дополнительных средствах. Безусловно, система, которая десятилетиями испытывала недостаток средств и квалифицированных кадров, не может быть готова к серьезным преобразованиям в организации и осуществлении своей работы (Knapp et al., 2004).

Далее мы обсудим финансирование психиатрической помощи в странах Европы. Рассмотрим источники и методы финансирования психиатрической

¹ При создании данного реферата авторы использовали собственные, в том числе незавершенные работы, в частности Knapp et al. (2005), Knapp et al. (2004) и McDaid et al. (2004). 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.



помощи, а также порядок распределения имеющихся средств для повышения доступности услуг, зачастую предоставляемых вне системы здравоохранения — в частности, через службы социального обеспечения, жилищный сектор, органы правосудия и систему образования. Кроме того, мы коснемся трудностей, которые мешают наращивать финансирование психиатрической помощи и лучше распределять имеющиеся средства, а также меры по их преодолению.

Экономические и иные последствия высокой распространенности психических расстройств

Считается, что на долю психических расстройств приходится около 20% всех случаев заболеваний в Европе. По распространенности они уступают только сердечно-сосудистым заболеваниям. Этот показатель явно занижен и не учитывает многочисленных неблагоприятных последствий психических расстройств. Прежде всего, они ухудшают физическое состояние: известно, что среди людей, страдающих психическими расстройствами, частота сопутствующих заболеваний и смертность (не обусловленная самоубийствами) значительно выше, чем среди населения в целом. Психические расстройства пагубно отражаются не только на самих больных, но и на их близких: у тех, кто ухаживает за больными, ухудшается здоровье, а те, кто зависит от больных — прежде всего дети и старики, — страдают от заброшенности.

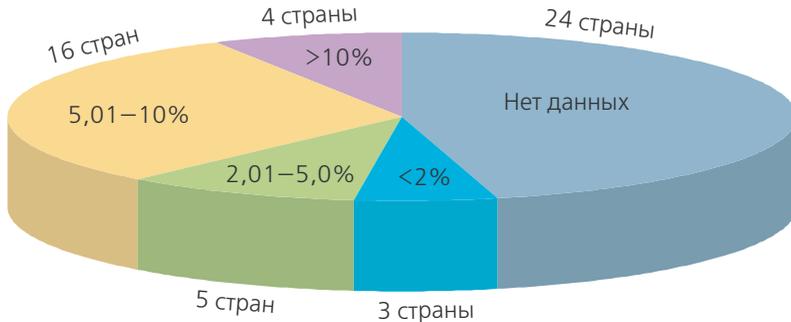
В 15 странах, входивших в Европейский союз до 1 мая 2004 г., затраты, связанные с высокой распространенностью психических расстройств, по самым скромным оценкам составляли не менее 3–4% валового национального продукта (Gabriel & Liimatainen, 2000). Основная часть измеримых затрат ложится не на здравоохранение, поскольку в первую очередь обусловлена увольнениями, утратой трудоспособности, снижением производительности и качества труда и преждевременным выходом на пенсию. Как правило, эти затраты составляют от 60% до 80% общих затрат, связанных с основными психическими расстройствами. Наконец, в экономических исследованиях обычно не принимаются в расчет такие последствия психических расстройств, как социальная изоляция и ущемление прав больных. Их цену определить невозможно, однако и забывать о них нельзя.

Финансирование психиатрической помощи

Традиционно низкий уровень финансирования психиатрической помощи в странах Европы ничем не оправдан. С экономической точки зрения он не оправдан, поскольку уже доказано, что и профилактика, и лечение, и санитарное просвещение, и реабилитация в психиатрии не только действенны, но и экономически эффективны. Если же учесть, что на долю психических расстройств в Европе приходится по крайней мере пятая часть всех заболеваний, то недостаточное финансирование психиатрической

Рисунок 1. Бюджет охраны психического здоровья в процентах от общих затрат на здравоохранение в 52 странах Европы.

Доля затрат на психиатрическую помощь в общем бюджете здравоохранения



Источник: ВОЗ, программа «Атлас», 2001 г., Европейская сеть по экономике психического здоровья, 2004 г.

помощи ущемляет права человека, поскольку лишает необходимой помощи огромное число людей.

В 2001 г. ВОЗ начала программу «Атлас», которая стала первой попыткой систематического сбора сведений о затратах на психиатрическую помощь не только в Европе, но и за ее пределами. Однако из 52 европейских стран сведения в эту программу предоставили только 23. Отсутствие данных объясняется в первую очередь развалом системы финансирования, особенно в странах, где оно основывалось на социальном страховании. С другой стороны, скрытность некоторых стран была обусловлена политическими соображениями. Сыграло роль и то, что многие виды психиатрической помощи предоставляются вне системы здравоохранения, а потому и финансируются из разных источников.

Помимо программы «Атлас» данные о финансировании психиатрической помощи в Европе собирались в ходе еще одного, более позднего исследования. Оно было предпринято Европейской сетью по экономике психического здоровья — программой, которая финансируется Европейской комиссией и действует под руководством организации «Психическое здоровье Европы» и Лондонской школы экономических и политических наук. Данные, полученные в этих двух программах, позволяют судить о финансировании психиатрической помощи в 28 странах Европы (McDaid et al., 2004). Они свидетельствуют, что расходы на психиатрическую помощь колеблются в диапазоне от менее 2% (в Албании и Азербайджане) до примерно 13% (в Люксембурге и Великобритании). Как видно на рис. 1, лишь



4 страны (8%) выделяют на психиатрическую помощь более 10% бюджета здравоохранения, 16 стран (31%) — от 5% до 10%, а оставшиеся 8 стран (16%) — менее 5%. Хуже всего психиатрическая помощь обеспечена в странах бывшего СССР, в котором охране психического здоровья всегда уделялось мало внимания, хотя она и была самостоятельной отраслью здравоохранения с собственным бюджетом. В то же время не стоит полагать, что психиатрическая помощь плохо финансируется только в Восточной Европе. По крайней мере две из 15 стран, входивших в Европейский союз до 1 мая 2004 г., выделяли на нее менее 5% бюджета здравоохранения, а недавно вступившая в Европейский союз Словакия — всего 2%.

Теперь сравним положение психиатрической помощи в Европе с остальным миром. По данным программы «Атлас», Новая Зеландия и Канада выделяют на психиатрическую помощь 11% бюджета здравоохранения, Австралия и США — 6%, а страны среднего достатка — в среднем 2,8% (WHO, 2003). Следует отметить, что и за пределами Европы не всегда удавалось получить сведения о финансировании психиатрической помощи. В частности, их не предоставила Япония, которая является еще одной страной с системой социального медицинского страхования.

Методы финансирования психиатрической помощи в Европе

Тогда как объем финансирования психиатрической помощи в странах Европы различается существенно, методы его в целом похожи — они те же, что приняты для всего здравоохранения. Во всех странах финансирование здравоохранения, как правило, основано на тех или иных формах налогообложения (налогов с доходов или продаж) и социальном страховании. Однако введение системы социального медицинского страхования, особенно в странах бывшего СССР, не всегда было экономически эффективным и только способствовало еще большему увеличению доли затрат населения за счет прямых платежей и частного страхования (например, в Армении доля затрат государства составляет лишь 41% общих затрат на здравоохранение, а в Грузии — 38%). Что касается психиатрической помощи, то на нее частные лица, судя по некоторым данным, тратят мало средств. Отчасти это объясняется тем, что психические расстройства особенно распространены в бедных слоях населения, и многим больным приходится полагаться на ту помощь, которую способно оплатить государство.

Значение добровольного медицинского страхования

В Европейском экономическом пространстве поступления на психиатрическую помощь от добровольного (коммерческого и некоммерческого) медицинского страхования незначительны. Это объясняется тем, что психическим расстройствам свойственно хроническое течение, а специализированная психиатрическая помощь стоит дорого. Данные США — страны с наиболее развитым рынком частного медицинского страхования — показывают, что обеспечить страховкой помощь при

психических расстройств в той же мере, что и помощь при соматических заболеваниях, крайне сложно. В результате люди, страдающие психическими расстройствами, находятся в менее выгодном положении.

Сегодня во многих странах Центральной и Восточной Европы добровольное (частное) медицинское страхование активно развивается (Dixon et al., 2004). В связи с этим страны, в которых на смену социальному и основанному на общем налогообложении медицинскому страхованию приходит добровольное, должны гарантировать, что расходы на психиатрическую помощь будут покрываться страховкой в той же мере, что и расходы на прочие виды медицинской помощи. В настоящее время ставка страховых взносов определяется в основном риском для здоровья (он оценивается индивидуально) и, в отличие от ставок социального страхования, не фиксирована. В результате максимальная финансовая нагрузка ложится на людей, которые либо сами страдают психическими расстройствами, либо имеют родственников с такими расстройствами (в случаях, когда семейный анамнез принимается в расчет при определении индивидуального риска для здоровья).

Платные услуги и интенсивность использования психиатрической помощи

Во многих европейских странах прямые платежи потребителей до сих пор составляют значительную долю средств здравоохранения. Это наблюдается не только в бывших социалистических, но и в западноевропейских странах. Так, в Португалии платежи частных лиц составляют треть доходов здравоохранения. Достаточно вспомнить о выраженной связи психических расстройств с безработицей и нестабильностью материального и социального положения, чтобы понять, к какому неравенству приводит такая ситуация — люди, которым психиатрическая помощь особенно необходима, чаще других не способны за нее платить. Это, в свою очередь, может сказываться и на интенсивности использования психиатрической помощи. Она находится на низком уровне, что отчасти объясняют бытующими в обществе предубеждениями против психических расстройств: установлено, что даже в отсутствие финансовых препятствий к психиатрической помощи две трети больных, которым она была бы полезна, за ней не обращаются. Лучше выявлять психические расстройства на уровне первичной медицинской помощи тоже вряд ли удастся, если страдающие ими люди будут реже обращаться к врачам из-за необходимости платить. Более того, здоровье людей с психическими расстройствами в целом хуже, чем в среднем среди населения, поэтому неоправданное расширение платной медицинской помощи может пагубно на них отразиться.

Как распределяются средства?

Даже если уровень финансирования психиатрической помощи (за счет налогообложения или медицинского страхования) соответствует ее



Рамка 1. Трудности распределения средств в Норвегии

В Норвегии за предоставление психиатрической помощи отвечают пять региональных управлений здравоохранения, которые действуют под контролем центрального правительства, а также муниципалитеты, которыми руководят выборные органы власти — муниципальные советы. Региональные управления здравоохранения отвечают за предоставление специализированной помощи: больничной и внебольничной. Муниципалитеты, в свою очередь, отвечают за первичную медицинскую и социальную помощь, в том числе руководят работой врачей общей практики и медсестер и решают жилищные вопросы. Финансирование здравоохранения осуществляется преимущественно за счет государственного и местного налогообложения, а прямые платежи потребителей составляют в нем незначительную долю.

Общий объем средств (субсидий), направляемых в региональные управления здравоохранения и муниципалитеты, устанавливается ежегодно центральным правительством. Распределение этих средств осуществляется в основном на местном уровне. Региональные управления здравоохранения определяют объем отчислений на медицинскую и психиатрическую помощь, а муниципалитеты решают, сколько средств выделить на первичную медицинскую и социальную помощь (а также на начальное образование, помощь пожилым и так далее). Так как субсидии в муниципалитеты поступают одновременно, возникли опасения, что психиатрическая помощь не получит желаемого бюджета. Эти опасения оправданы, поскольку, к примеру, интересы начального образования отстаивает серьезная влиятельная группа, способная склонить на свою сторону местных политиков, а защищать интересы потребителей психиатрической помощи некому.

Больницы общего профиля находятся в ведении региональных управлений здравоохранения и частично финансируются центральным правительством по принципу возмещения затрат на лечение каждого случая. Эти средства окупают только лечение соматических госпитализированных больных (в 2003 г. — 60% средних затрат здравоохранения) и выделяются в соответствии с клинико-затратными группами. Они поступают одновременно, и региональные управления здравоохранения получают фиксированный бюджет, но поскольку его объем отчасти определяется затратами на лечение каждого случая, у больниц есть возможность с каждым годом увеличивать свои доходы. В связи с этим у психиатров и сотрудников центрального правительства возникло опасение, что ввиду более выгодного лечения соматических больных финансирование больниц общего профиля будет увеличено за счет сокращения бюджета психиатрической помощи.

Источник: V. Halsteinli (личное сообщение, 2003 г.).

потребностям и в ее распоряжении имеются эффективные методы работы, успокаиваться не следует. Дело в том, что службы и средства не всегда распределены надлежащим образом. Разобравшись в том, как распределяются имеющиеся средства, можно понять, осуществляется ли финансирование психиатрической помощи на той же основе, что и финансирование прочих областей здравоохранения, соответствует ли оно определенным планам и учитывает ли потребности населения. Эти вопросы зачастую требуют особого внимания, особенно при значительной децентрализации здравоохранения, при которой в пределах страны и финансирование, и доступность помощи могут существенно различаться. (В рамке 1 рассказывается о трудностях, с которыми столкнулись организаторы здравоохранения Норвегии при выделении средств на психиатрическую помощь.)

Недавно Европейская сеть по экономике психического здоровья провела исследование, посвященное изучению методов распределения средств на психиатрическую помощь в 17 европейских странах (McDaid et al., 2004). Оказалось, что почти везде (редкое исключение составили районы, выделяющие средства из местного бюджета) эти методы были основаны на сложившейся практике и суждениях политиков, а вовсе не на объективных данных о потребностях населения. Эти методы не только не способствовали эффективному использованию средств, но и порой усугубляли неравенство. Так, направление основной массы средств в крупные города чревато пренебрежением нуждами сельского населения. Повлиять на справедливость распределения средств способны и предубеждения организаторов здравоохранения — из-за них неоправданно мало бюджетных средств порой получают и службы психиатрической помощи, и программы внебольничной психиатрической помощи.

В странах, где основную роль играет социальное медицинское страхование, методы распределения средств, вероятно, еще сложнее. Некоторая часть средств (например, на общественное здравоохранение и санитарное просвещение) поступает из доходов от общего налогообложения. Однако основу финансирования нередко составляют прямые отчисления страховых фондов, поступающие непосредственно в медицинские учреждения. По данным Европейской сети по экономике психического здоровья, сегодня финансирование психиатрической помощи все чаще осуществляется на основе клинко-затратных групп. Такая тенденция наблюдается как в странах с преимущественно социальным медицинским страхованием, так и в странах, финансирующих здравоохранение в основном за счет доходов от общего налогообложения. В результате финансирование психиатрической помощи кое-где уже ухудшилось, поскольку при определении ставок финансирования по клинко-затратным группам были учтены далеко не все расходы на лечение хронических психических расстройств.

Особые трудности перевода средств от больниц к службам по месту жительства

Некоторые европейские страны (прежде всего бывшие социалистические



страны) сегодня стоят перед необходимостью решить принципиальный, порой вызывающий жаркие споры вопрос: как отказаться от неоправданного использования стационарной психиатрической помощи, предоставляемой больницами и интернатами. На организацию психиатрической помощи в странах Восточной Европы серьезно влияют сложившиеся традиции: в основном ее предоставляют крупные психиатрические больницы, в которых условия оставляют желать лучшего и помощь обычно сводится не к лечению, а к изоляции больных, что, безусловно, заставляет сомневаться в соблюдении прав человека (Tomov et al., 2005; Mossialos, Murthy & McDaid, 2003).

Финансирование психиатрической помощи во многих бывших социалистических странах до сих пор определяется занятостью больничных коек. Такой схеме финансирования недостает гибкости, а кроме того, она не способствует заинтересованности организаторов здравоохранения в развитии других форм психиатрической помощи, в частности помощи по месту жительства. Более того, зависимость объема финансирования от занятости больничных коек в корне порочна. 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).

Тем не менее попытки сократить стационарную помощь и расширить помощь по месту жительства все же предпринимаются. Однако при этом возникает новая опасность: экономленные на сокращении стационаров средства зачастую не поступают на развитие служб по месту жительства, а уходят в другие отрасли здравоохранения. Подобная практика распространена повсеместно. Так, в Венгрии коечный фонд психиатрических больниц сократили на 50%, но при этом служб помощи по месту жительства оказалось явно недостаточно (Harangozó & Kristóf, 2000). Более того, в некоторых странах в силу экономических условий сокращение стационарной психиатрической помощи пошло по порочному пути: в первую очередь из стационаров выписывали больных, лечение которых требовало наибольших затрат (средства в службы помощи по месту жительства при этом не переводились). В результате больные, которым дорогого лечения не требовалось, остались в стационарах, хотя именно их следовало перевести на попечение служб помощи по месту жительства прежде всего. Подобная практика потребовалась стационарам, чтобы увеличить объем свободных средств и обеспечить своих сотрудников заработной платой, поскольку обычно стационары получают свободные средства лишь благодаря низкооплачиваемому труду своих пациентов.

Должна ли психиатрическая помощь системы здравоохранения существовать отдельно от других видов помощи психическим больным?

Многие виды помощи людям с психическими расстройствами предоставляются вне системы здравоохранения и имеют другие источники финансирования. Весь объем помощи в рамках системы здравоохранения

предоставляется психически больным лишь в нескольких странах. Помощь по месту жительства постепенно переходит от системы здравоохранения в сферу социального обеспечения, что способно серьезно повлиять как на права на получение этой помощи, так и на ее доступность. Доступность помощи может быть ограничена, например, в силу необходимости обследовать больного, вносить значительную доплату за услуги либо проводить диагностику нетрудоспособности. Таким образом, важно следить, чтобы перевод средств от психиатрической помощи в другие сферы не усугубил неравенство как в предоставлении, так и в доступности услуг.

Сегодня в обеспеченных европейских странах возможность поселения больного в специализированном учреждении для постоянного ухода оценивается с материальной точки зрения: получить такую помощь он может только после того, как будет установлена платежеспособность самого больного или его родственников. Платой за такую помощь могут стать значительная часть дохода, сбережения или иные материальные ценности, имеющиеся у больного или его родственников. За государственный счет такого рода помощь предоставляется только в самом крайнем случае. Из 15 стран, входивших в ЕС до 1 мая 2004 г., только в Швеции социальная помощь полностью оплачивается государством из доходов от общего налогообложения и предоставляется в соответствии с потребностями человека, независимо от уровня его доходов.

Каковы основные трудности финансирования психиатрической помощи?

В Европе финансирование психиатрической помощи и выделение на нее средств сталкивается с множеством трудностей, которые далеко не ограничены недостатком денег и чреватые как неэффективностью, так и неравенством помощи. Главные из них перечислены ниже (подробнее см. Knapp et al., 2004).

Недостаток средств. Уровень финансирования психиатрической помощи недостаточен.

Неверное распределение средств. Услуги предоставляются не там, где они нужны, и не тогда, когда они нужны.

Несоответствие потребностям. Предоставляемая помощь не всегда отвечает потребностям в ней. Яркий пример: во многих странах основным источником психиатрической помощи служат крупные психиатрические больницы; на их содержание уходит преобладающая часть бюджета психиатрической помощи, однако нужны они лишь небольшой части больных.

Жесткие рамки использования средств. Иногда порядок предоставления помощи и ее объем ограничены жесткими рамками, что не позволяет приспособливать ее к потребностям конкретного больного или местным особенностям. Эта трудность часто возникает из-за недостатка сведений о потребностях больных и местных условиях, а также в случаях, когда больные и их родственники не могут влиять на решения о том, как использовать имеющиеся средства и услуги в данной ситуации.



Несогласованность помощи. В некоторых случаях все необходимые виды помощи предоставляются, но получить их сложно из-за плохой согласованности действий разных служб.

Отсроченность результата. После внедрения усовершенствованных методов порой проходит много времени, прежде чем их положительное влияние на экономику и здоровье проявится.

Как справиться с трудностями финансирования?

Чтобы использовать ограниченные средства наиболее эффективно, в первую очередь необходимо определить, с какими из перечисленных трудностей сталкивается финансирование психиатрической помощи в данной стране. Если эти трудности игнорировать, ситуация только ухудшится, и неравный доступ к помощи, неверное распределение и неэффективное использование средств проявятся в еще большей мере, а в результате психиатрическая помощь будет еще меньше отвечать нуждам потребителей. Ниже обсуждается, как можно справиться с этими трудностями. Важно понимать, что предлагаемые решения не универсальны, и в конкретной стране могут быть неприменимы. Следовательно, любое решение важно сперва рассмотреть с точки зрения приемлемости в данных условиях и затем оценить, насколько оно позволит увеличить объем средств, улучшить их распределение и соответствие потребностям, расширить рамки их использования, добиться согласованности помощи и своевременности получения средств, чтобы, в конечном счете, лучше отвечать потребностям населения в психиатрической помощи.

Повышение грамотности в вопросах психического здоровья

Прежде чем предпринимать любое действие по улучшению психиатрической помощи, необходимо повысить осведомленность в вопросах психического здоровья и преодолеть предубеждения против психических расстройств. Достаточно распространено заблуждение, будто психические расстройства возникают по вине самих больных, а потому и не заслуживают особого внимания. Некоторые люди полагают, что подобные состояния плохо поддаются лечению. Многим невдомек, насколько распространены психические расстройства, и поэтому, на их взгляд, важнее вкладывать средства в борьбу с другими — опасными для жизни — болезнями. Грамотность населения в вопросах психического здоровья способствует стремлению улучшать психиатрическую помощь, развивать государственные программы и планировать действия по охране психического здоровья. Государственные программы по борьбе с предубеждениями уже проводятся и изучаются в некоторых странах Европы и за ее пределами.

Создание основы для привлечения средств в психиатрическую помощь

Руководители большинства стран, узнав о вкладе психических расстройств в общую заболеваемость, а также о наличии действенных и экономически

эффективных методов профилактики и лечения таких расстройств и реабилитации людей, которые ими страдают, признали, что повышать финансирование психиатрической помощи целесообразно. Иными словами, они поняли, что это необходимо как во имя социальной справедливости, так и с экономической точки зрения. Безусловно, прежде чем изменить финансирование, необходимо учесть множество факторов. Тем не менее уже ясно, что увеличение финансирования психиатрической помощи серьезно обосновано.

Еще один довод в пользу наращивания финансирования психиатрической помощи — необходимость поддержать реформу в данной области. За последние десятилетия подход к психиатрической помощи в корне изменился. Многие страны отказываются от устоявшейся системы, в которой главную роль играли крупные психиатрические больницы, и расширяют психиатрическую помощь по месту жительства. Это требует дополнительных средств, по крайней мере на первых порах. Очевидно, что создаваемая психиатрическая помощь по месту жительства нуждается и в развитии материальной базы, и в новых кадрах. Обеспечить ее потребности необходимо прежде, чем закрывать психиатрические стационары, поскольку только при этом условии переход на новые формы психиатрической помощи будет плавным и эффективным. Более того, некоторое время службам помощи по месту жительства и стационарам потребуется сосуществовать. Следовательно, текущие затраты на психиатрическую помощь возрастут вдвое. Таким образом, во имя экономии средств, которую принесут реформы в будущем, сначала почти наверняка придется пойти на дополнительные затраты. Безусловно, многим странам потребуется привлекать дополнительные средства, чтобы повысить качество

Рамка 2. Европейская сеть по экономике психического здоровья

Европейская сеть по экономике психического здоровья совместно с партнерами из 31 страны с 2005 г. проводит новую программу. Ее задачи:

- составить атлас финансирования психиатрической помощи, отметив на географических картах доступность средств;
- получить данные о затратах, связанных с различными психическими расстройствами;
- изучить связь между занятостью и психическим здоровьем населения;
- изучить экономическую эффективность охраны психического здоровья и ее мероприятий на рабочем месте;
- изучить экономические рычаги воздействия на реформы в системе психиатрической помощи;
- обмениваться экономическими данными и находить пути их приложения в разных странах и условиях;
- развивать экономику охраны психического здоровья и способствовать использованию ее показателей при принятии решений.



жизни населения. Следует понимать, что реформы, которые проводятся без дополнительных затрат или — того хуже — на фоне сокращенного финансирования, приведут к тому, что многие больные на некоторое время лишатся помощи. В этом руководителей страны и здравоохранения необходимо убедить.

Экономические доводы в пользу дополнительного финансирования психиатрической помощи

Распределение средств — задача не из легких. Ответственных за него руководителей всегда интересуют последствия новых подходов в той или иной области с точки зрения их действенности и экономической эффективности. База экономических данных по психиатрической помощи пока невелика, но она постоянно растет. С помощью таких данных можно доказать, что дополнительные вложения в психиатрическую помощь приносят огромную пользу различным отраслям — не только здравоохранению. В частности, они способствуют росту производительности труда, борьбе с преступностью и возвращению больных в общество. По некоторым направлениям психиатрической помощи экономических данных относительно много. Так, проведены исследования экономической эффективности многих из наиболее часто используемых методов лечения шизофрении и депрессии. С другой стороны, мероприятия санитарного просвещения в области охраны психического здоровья, методы лечения и помощи при тревожных расстройствах, психических расстройствах у детей и подростков, психопатиях и психических расстройствах у пожилых с экономической точки зрения почти не изучены.

Следует принять во внимание, что экономические данные, в отличие от большинства данных клинических исследований, не универсальны, то есть применить их к любой системе здравоохранения или стране нельзя. В связи с этим необходимо всячески способствовать исследованиям, в которых могут быть получены достоверные данные об экономической эффективности всевозможных методов лечения и дополнительных видов помощи при психических расстройствах и которые могут показать, как применять эти данные в других условиях и в других странах. Именно это служит одной из задач Европейской сети по экономике психического здоровья (рамка 2).

Программа ВОЗ «Выбор экономически эффективных мероприятий» (CHOICE) составила базу данных об экономической эффективности многих видов психиатрической помощи в Европе. Напрямую к отдельным странам эти данные неприменимы, но они распределены по трем европейским регионам, что позволяет легко адаптировать 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.

Развитие информационной базы

Чтобы лучше ориентироваться в стоимости психиатрической помощи и наличии средств на нее, необходимо как можно больше знать о текущем

состоянии финансирования отрасли. Эта информация поможет организаторам здравоохранения распределять средства и устранять пробелы в предоставлении основных видов помощи. Развивать информационную базу важно не только в системе здравоохранения, но и в смежных областях, таких, как социальное обеспечение.

Распределение средств по потребностям

Если данные о потребностях в психиатрической помощи в стране известны, их можно использовать при распределении средств на государственном уровне — в ходе определения местных бюджетов здравоохранения. Именно так поступают, например, в Англии (рамка 3). В этом случае местный

Рамка 3. Финансирование психиатрической помощи в Англии

Годовой бюджет местных покупателей медицинских услуг (фондов первичной медицинской помощи) определяется на основании текущих расходов, взвешенных показателей потребностей населения, а также целевых ассигнований и перераспределения средств. Взвешенные показатели потребностей населения рассчитываются по возрастному составу и ряду показателей, отражающих потребности населения в медицинском обслуживании, в их числе — коэффициент потребности в психиатрической помощи. Он основан на показателях потребностей населения, используемых для выделения средств местным властям, а также на данных о структуре потребности в психиатрической помощи, определяемой по ежегодному Обзору состояния здоровья населения Англии.

В 2003—2004 гг. доля средств, выделенных на психиатрическую помощь местными покупателями медицинских услуг, составляла от 22,48% до 8,12% (в среднем 11,56%) от общих отчислений на медицинское обслуживание (Glover, 2004). Такой разброс объяснялся необходимостью дополнительно финансировать оставшиеся стационары для хронических больных.

Местные покупатели медицинских услуг не обязаны выделять на психиатрическую помощь ровно столько средств, сколько было запланировано при их распределении. Однако они обязаны обеспечить население учреждениями, которые отвечают требованиям Национальной системы служб в области психического здоровья, и гарантировать научно обоснованное направление средств на психиатрическую помощь. Несколько увеличить финансирование психиатрической помощи можно посредством целевых субсидий. В частности, в последние годы были выделены субсидии на лечение правонарушителей с психическими расстройствами и на исполнение Плана национального здравоохранения в отношении психиатрической помощи.



покупатель или поставщик медицинских услуг получает часть государственного бюджета здравоохранения, рассчитанную не только с учетом возрастного и полового состава местного населения, но и с учетом потребностей в психиатрической помощи. При таком методе распределения средств важно регулярно проводить исследования, чтобы выявлять конкретные трудности, справляться с ними и менять бюджет в соответствии с изменениями на местном уровне.

Целевое направление и защита средств

Поскольку руководители здравоохранения не всегда понимают, как важно финансировать психиатрическую помощь, иногда требуется прибегать к так называемой защите бюджета. Кроме того, это бывает необходимо в условиях децентрализованной системы здравоохранения, поскольку позволяет гарантировать равное финансирование психиатрической помощи. Так, в Швеции за медицинское обслуживание населения отвечают региональные органы власти. Они распределяют средства бюджета здравоохранения, ориентируясь одновременно на сложившуюся практику и расчеты на душу населения. В то же время специализированная психиатрическая помощь обладает собственным бюджетом, который определяется правительством страны.

Защищать бюджет также крайне важно при сокращении стационарной психиатрической помощи в пользу расширения помощи по месту жительства. Дело в том, что руководители здравоохранения зачастую рассматривают закрытие стационаров как повод сократить бюджет психиатрической помощи и направить освободившиеся средства в другие отрасли здравоохранения. Защита бюджета не позволит этого сделать, и средства получат новые службы психиатрической помощи по месту жительства. Способствует закрытию психиатрических больниц и интернатов также подушное финансирование психиатрической помощи, при котором средства на ведение больного выделяются независимо от того, где он получает помощь. Чтобы средств защищенного бюджета было достаточно для обеспечения потребностей населения, его необходимо регулярно пересматривать.

Улучшение финансирования с помощью клинко-затратных групп

При наличии достаточных данных об использовании средств и затратах в любой системе здравоохранения (независимо от того, финансируется ли она за счет доходов от налогообложения или через систему социального страхования) можно использовать финансирование по клинко-затратным группам. Это позволяет обеспечить финансирование специализированной психиатрической помощи, но при одном условии: ставки возмещения по клинко-затратным группам должны быть тщательно проработаны. Когда в 1997 г. в Австрии ретроспективно ввели финансирование по клинко-затратным группам, вначале – в силу множества неучтенных факторов – ставки возмещения в психиатрической помощи были существенно занижены. В результате психиатрические стационары испытывали

выраженный дефицит средств. Ведущие психиатры страны добились пересмотра ставок: были учтены сложности, возникающие при лечении психических расстройств, и появилась возможность регулировать продолжительность госпитализации в соответствии с потребностью в ней. Сегодня финансирование психиатрических отделений австрийских больниц полностью покрывает их затраты (Zechmeister et al., 2002).

Повышение согласованности финансирования и действий разных отраслей

Разнонаправленные затраты, которые несут не только организации государственного или частного сектора, но и отдельные потребители услуг и их семьи, приводят к многочисленным трудностям. В частности, пока стоимость лечения психических расстройств или реформ системы психиатрической помощи не будет досконально подсчитана, разнонаправленность затрат способна привести к тому, что средств на реформы не хватит. Она также усугубляет так называемую ячеистость бюджета, которая способна резко затормозить реформирование отрасли. Речь идет о жестком разграничении бюджетов на определенные нужды, при котором переводить средства из одного бюджета в другой невозможно, хотя это и препятствует эффективному использованию средств. Наконец, возникает опасность того, что будут упущены основные возможности повысить благополучие потребителя услуг, например гарантировать сохранение заработка.

Некоторые из перечисленных трудностей можно преодолеть, создав по примеру Англии объединенный бюджет психиатрической помощи, при котором и затраты на нее, и прибыль делят между собой разные отрасли. Это обеспечивает бюджету гибкость и позволяет выделять средства на те виды помощи, которые наилучшим образом соответствуют потребностям населения. Такого же результата можно добиться, расширяя сотрудничество с некоммерческими негосударственными организациями. Их можно уполномочить предоставлять определенные виды помощи, а по имеющимся данным, такие организации приспосабливаются к изменениям в местной ситуации лучше государственных.

Еще один способ улучшить согласованность финансирования и помощи — создать так называемую систему «одного окна». В этом случае создается головное учреждение, которое занимается согласованием помощи, предоставляемой разными отраслями. Его сотрудникам, которые отвечают за ведение конкретных больных, можно поручить управлять финансовыми потоками, что повысит соответствие помощи потребностям больных и даст им возможность высказывать свои предпочтения.

Целевые выплаты потребителям

Способствовать распределению средств в соответствии с потребностями местного населения позволяют целевые выплаты. Они позволяют потребителям самим руководить своим медицинским обслуживанием. Больной получает деньги, которыми оплачивает услуги — все или некоторые.



Это позволяет ему чувствовать свою власть над ситуацией и самостоятельность, вернуться к общественной жизни и восстановить здоровье, учиться, отдыхать и работать. Данный подход используется лишь в нескольких странах, в том числе в Англии, Шотландии и Нидерландах. Он еще мало изучен, однако если принесет такие же результаты, как введение целевых выплат больным с соматическими и нервными заболеваниями, то позволит избежать некоторых трудностей, связанных с финансированием помощи, предоставляемой разными отраслями.

Перспективы

Последние пять лет ВОЗ, Европейская комиссия и правительства многих стран Европы уделяют повышенное внимание психиатрической помощи. Сегодня уже очевидно, что вкладывать средства в психиатрическую помощь целесообразно, как с точки зрения борьбы с неравноправием, социальной изоляцией и другими пагубными последствиями психических расстройств, так и с позиций экономической эффективности использования средств здравоохранения (и других отраслей). Отдача от вложений в психиатрическую помощь может быть как быстрой, так и отдаленной. В то же время знаний об экономической эффективности мероприятий психиатрической помощи пока мало. Отчасти восполнить этот пробел и способствовать развитию психиатрической помощи пытаются международные программы, такие, как действующая по всему миру программа ВОЗ «Выбор экономически эффективных мероприятий» и Европейская сеть по экономике психического здоровья. Они собирают результаты исследований, посвященных экономической эффективности затрат на психиатрическую помощь, а также ищут способы применения этих данных в разных условиях. Эти сведения могут стать серьезным основанием для дальнейшего увеличения финансирования психиатрической помощи.

Перечисленные положительные сдвиги сами по себе, безусловно, не способны вывести финансирование психиатрической помощи на уровень, который мог бы полностью компенсировать тот урон, который наносят обществу психические расстройства. Психиатрическая помощь требует участия и взаимодействия всех заинтересованных сторон — не только руководителей здравоохранения, больных и их родственников, но и работодателей, профессиональных союзов и школ. Следовательно, все, что касается финансирования психиатрической помощи, касается всех имеющих к ней отношение отраслей. Услуги, предоставляемые за пределами системы здравоохранения, порой менее доступны, дороже обходятся потребителю и предоставляются с учетом его платежеспособности. Наконец, значительная роль как в финансировании, так и в предоставлении психиатрической помощи должна сохраняться за международными финансирующими и неправительственными организациями. Важнейшая цель их работы — обеспечить жизнеспособность эффективных программ.

Крайне важно понимать, что значение имеет не только сумма, выделяемая на психиатрическую помощь, но и то, как она используется.

Сегодня ведущая роль в психиатрической помощи переходит к службам по месту жительства. Это означает, что они должны развиваться на средства, которые высвобождаются в результате сокращения объемов стационарной помощи. Тем не менее такое, казалось бы, естественное, перемещение средств, сталкивается с многочисленными препятствиями. Улучшить приток средств и их распределение в системе психиатрической помощи (в том числе в организациях, не входящих в систему здравоохранения), стимулировать работу и повысить ее качество позволяют экономические рычаги. Все, кто принимает решения, должны четко представлять, во что они обходятся, — это позволит им лучше ориентироваться в ситуации. Поручив же им напрямую распоряжаться средствами, можно серьезно повлиять на их действия. То же относится и к потребителям психиатрической помощи: получив право распоряжаться средствами на свое обслуживание, они могут сами решать, какие виды помощи им необходимы².

Литература

Dixon A. et al. (2004). *Financing mental health services: equity and efficiency concerns for low and middle income countries*. London, London School of Economics.

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

Glover G. (2004). *Mental health care funding in England*. Durham, Centre of Public Mental Health, Durham University.

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

Knapp M. et al. (2003). Financing health care in Europe. Context for the SOHO Study. *Ada Psychiatrica Scandinavica*, 416(Supp):30–40.

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

Knapp M. et al. Funding and resourcing mental health in Europe. In: Knapp M. et

² 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;

Мартин Напп, Отдел исследований в области социального обеспечения, Центр здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики, Лондонская школа экономических и политических наук;

Клэр Карран, Отдел исследований в области социального обеспечения, Центр здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики, Лондонская школа экономических и политических наук.



al., eds. *Mental health policy and practice across Europe*. Buckingham, Open University Press, 2005.

McDaid D. et al. (2004). *Financing arrangements for mental health in western Europe*. Report to the European Commission. London, London School of Economics.

Mossialos E., Murthy A., McDaid D. (2003). European Union enlargement. Will mental health be forgotten again? *European Journal of Public Health*, 13(1):2–3.

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.

Tomov T. et al. 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, 2005.

World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva, World Health Organization.

(http://www.who.int/mental_health/media/en/investing_mnh.pdf, последнее обновление 25 декабря 2004 г.).

Zechmeister I. et al. (2002). Incentives in financing mental health care in Austria. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5(3):121–129.

Информация в интернете

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>

Всемирная организация здравоохранения, программа «Атлас» («Атлас финансирования психиатрической помощи в мире»):
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

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.

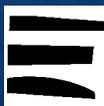
ВОЗ, Европейский центр политики
здравоохранения
Rue de l'autonomie 4
1070
Brussels

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.