

І.Я. Пінчук, Н.М. Степанова, О.В. Колодежний, І.Ф. Здорик
АНАЛІЗ СИСТЕМ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ТА УКРАЇНИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
kolodezhny@ukr.net

Актуальність. Питанням охорони психічного здоров'я щороку приділяється все більше уваги, про що свідчить кількість доповідей та обговорень, прийнятих декларацій, пактів, резолюцій, проектів плану дій та стратегій у світових міжнародних інституціях.

Мета дослідження: на підставі аналізу систем охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України визначити принципи реформування системи охорони психічного здоров'я населення України.

Матеріали й методи. Дослідження базується на матеріалі, отриманому із відкритих джерел інформації; використано методи аналізу, синтезу та порівняння.

Результати. Системи охорони здоров'я (ОЗ) країн – членів Європейського Союзу (в т.ч. охорони психічного здоров'я) відрізняються різною ефективністю та мають свої недоліки. У світі немає системи ОЗ, яка надавала б медичні послуги в необмеженому обсязі без страхових внесків, відрахувань або пайової участі та передбачала повну свободу вибору лікаря. Зростання витрат на систему ОЗ характерне для всіх країн та призводить до дефіциту бюджету, підвищення податків і скорочення соціальних пільг. У статті наведено динаміку показників психічного здоров'я та розкриті проблемні аспекти самогубств. Описано цикл психічного благополуччя з урахуванням соціально-психологічних, економічних, матеріальних умов, визначено роль та місце різноманітних факторів ризику у ньому.

Висновки. Країни з найефективнішими системами ОЗ досягають результату за рахунок відмови від централізованого державного контролю й опираються на ринкові механізми (конкуренцію, фінансову дисципліну, поділ витрат, ринкові ціни та свободу вибору для споживача). Особливості динаміки показників психічного здоров'я мають бути враховані при розробці пріоритетних напрямків реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні. Питання стигматизації та табу щодо психічних розладів та самогубств заслуговують на особливу увагу. Для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібна всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам. Розробка національної стратегії запобігання самогубствам має стати одним із пріоритетів розвитку системи ОЗ в Україні. На підставі проведеного аналізу визначені основні принципи реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Ключові слова:

система охорони психічного здоров'я, Україна, Європейський Союз, принципи, реформування, суїцид, цикл психічного здоров'я.

Актуальність. Охорону психічного здоров'я зараховано до числа пріоритетних завдань глобального порядку денного в Доповіді про стан охорони здоров'я у світі «Психічне здоров'я: нове розуміння, нова надія», яка була затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2002 році.

Держави – члени Європейського регіону ВООЗ на конференції в Гельсінкі у 2005 р. прийняли Європейську декларацію і план дій з охорони психічного здоров'я, які були також підписані Європейською комісією й Радою Європи та затверджені Регіональним комітетом

(EUR / RC55 / R2). Тим самим було визначено програму дій з викорінення стигматизації й дискримінації та розвитку системи послуг на рівні місцевих громад.

У 2008 р. Європейське регіональне бюро ВООЗ за фінансової підтримки з боку Європейської комісії опублікувало доповідь, в якій було відображено картину неоднакового стану систем охорони психічного здоров'я в Європі [3].

Того ж року Європейська комісія прийняла Європейський пакт про охорону психічного здоров'я і благополуччя, в якому головна увага приділяється таким п'яти

пріоритетними галузями: психічне здоров'я молоді та учнів, профілактика депресії і суїциду, психічне здоров'я літніх людей, сприяння соціальному залученню і боротьба зі стигматизацією, зміцнення психічного здоров'я на робочих місцях. Для кожної з цих галузей був розроблений ряд рекомендацій.

2008 рік був відзначений набранням чинності Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права інвалідів, яку нині ратифікували більшість держав – членів Європейського регіону, ВООЗ і Європейський союз. Конвенція наділяє осіб з обмеженими можливостями, в тому числі зумовленими порушеннями інтелекту, правом на повноцінну та реальну участь у житті суспільства без будь-якої стигматизації та дискримінації.

У 2010 р. Європейське регіональне бюро ВООЗ і Європейська комісія завершили спільно фінансований проект з посилення заходів, спрямованих на розширення прав і можливостей людей з порушеннями психічного здоров'я та їх родин, участь в якому брали організації користувачів послуг та їх сімей. ВООЗ опублікувала офіційну заяву з питання розширення прав і можливостей користувачів послуг, в якій містилися показники прогресу в розширенні прав і можливостей споживачів послуг охорони психічного здоров'я [4].

У червні 2011 р. Рада Європейського союзу під головуванням Угорщини оприлюднила висновки, в яких є заклик до держав – членів розглядати охорону психічного здоров'я і підвищення психічного благополуччя як одне зі своїх пріоритетних завдань та пропозиція Європейській комісії – продовжувати вживати заходи з охорони психічного здоров'я й благополуччя та надавати державам – членам ЄС допомогу в проведенні наукових досліджень в галузі психічного здоров'я та його детермінант, враховуючи при цьому роботу, проведenu в даній галузі ВООЗ та Організацією економічного співробітництва та розвитку.

У 2013 р. стартував Проект спільних дій з охорони психічного здоров'я і благополуччя, одним із джерел фінансування якого стала Програма ЄС з охорони здоров'я. На глобальному рівні здійснюється ряд заходів, спрямованих на заохочення належної клінічної практики. У 2008 р. ВООЗ почала реалізацію Програми щодо заповнення прогалин у галузі охорони психічного здоров'я [5]. У ній узагальнюються всі найдостовірніші наукові дані, що підтверджують ефективність втручань у галузі охорони психічного здоров'я.

Програма охоплює цілий ряд психічних розладів і є основою для здійснення заходів щодо розширення масштабів допомоги людям з порушеннями психічного здоров'я, невротичними розладами і порушеннями здоров'я, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами.

Головними компонентами Плану дій з реалізації Європейської стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями у 2012–2016 рр. (EUR / RC61 / 12) та Європейського плану дій щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю у 2012–2020 рр. (EUR / RC61 / 13) є інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) і профілактика. Ці плани дій були розроблені після прийняття в 2009 р. відповідних глобальних стратегій [6] і стали цінним внеском у підготовку Наради

високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними, яка відбулася у 2011 р.

Генеральна Асамблея ООН у своїй резолюції «Здоров'я населення світу і зовнішня політика» (A / RES / 65 / 95), прийнятій на шістдесят п'ятій сесії в 2011 р., визнала, що «...проблеми психічного здоров'я мають велике значення для будь-якого суспільства і є істотним фактором, що збільшує тягар захворювань і веде до зниження якості життя, й призводять до величезних економічних і соціальних витрат...» [7]. У прийнятій в 2012 р. резолюції WHA65.4 [8] Всесвітня асамблея охорони здоров'я доручила розробити комплексний глобальний план дій з охорони психічного здоров'я, який би охоплював послуги, політику, законодавство, плани, стратегії та програми, спрямовані на забезпечення лікування, сприяння одужанню і профілактику психічних розладів, а також на зміцнення психічного здоров'я та розширення прав і можливостей людей з психічними розладами для того, щоб вони могли жити повноцінним і плідним життям у суспільстві. Цей план дій був прийнятий Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в травні 2013 р. (WHA 66.8) [9].

Мета дослідження: на підставі аналізу систем охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України визначити принципи реформування системи охорони психічного здоров'я населення України.

Матеріали та методи дослідження

Методологічною та інформаційною базою роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних науковців, електронні ресурси міжнародних організацій, нормативно-правові акти та матеріали періодичних видань. На підставі даних, отриманих із відкритих джерел інформації, було проаналізовано особливості функціонування систем охорони здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України в цілому та систем охорони психічного здоров'я зокрема.

У дослідженні використано методи аналізу, синтезу та порівняння.

Результати та їх обговорення

1. Аналіз систем охорони здоров'я країн Європейського регіону

Загальноприйнятим підходом вважають вивчення досвіду інших країн перед початком реформування у власній державі. Прицільний розгляд поставленої проблеми показує, що майже у всіх країнах світу системи охорони здоров'я (ОЗ) стикаються з проблемами зростання витрат та обмеженням доступності медичної допомоги для певних верств населення. Такі показники як рівень централізації й регулювання, місце приватного страхування, розподіл витрат між населенням значно відрізняються між країнами, тому універсальної моделі організації ОЗ не існує, а наявні – постійно зазнають змін та реформування. Система ОЗ певної країни є сукупністю особливостей економіко-політичних характеристик, історії та національних традицій. Виділяють наступні типи систем ОЗ.

- Система єдиного платника – обсяг та вартість медичних послуг визначається та оплачується державою за рахунок податків.

У деяких випадках медики є державними службовцями, які отримують зарплату, в інших вони залишаються незалежними й одержують компенсацію залежно від обсягу наданих послуг і проведених лікувальних заходів.

- Медичне страхування:
 - а) за місцем роботи – забезпечення працівників «базовим» медичним страхуванням (частіше через напівприватні «лікарняні каси»), страхові внески є різновидом податку на зарплату і виплачуються безпосередньо до відповідного фонду;
 - б) приватне страхування – можливість розширення переліку медичних послуг, які покриваються «базовим» страховим пакетом; внески сплачують самі громадяни.
- Керована конкуренція – перелік медичних послуг «стандартного страхового пакета» визначається державою; громадянин може вибирати провайдера медичних послуг та страхову компанію.

Цікавим є поняття «моральний ризик» – схильність осіб до надмірного споживання товарів та послуг, що забезпечують їм вищу вигоду без відповідного підвищення витрат. Через це більшість країн – членів Європейського Союзу чітко регламентують перелік послуг, які надаються за кошт держави або покриваються страховкою. Решта витрат лягає на споживача, або повністю, або за визначеною пропорцією.

Оскільки система охорони психічного здоров'я тісно пов'язана з основами функціонування системи охорони здоров'я в країні загалом, ми розглядали її через призму порівняння загальних основ забезпечення систем охорони здоров'я деяких країн – членів Європейського Союзу.

ФРАНЦІЯ

Тип системи ОЗ: загальне медичне страхування (з «ринковим» підходом, у тому числі з поділом витрат зі споживачем).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Охоплює близько 99% громадян.
- Обсяг витрат приблизно 11,5% ВВП.
- Базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів (діяльність регулює та контролює держава).
- Рівні страхових внесків (в основному – податок на зарплату), виплат і компенсацій провайдерам медичних послуг визначає уряд.
- Існує фонд для страхування безробітних.
- За рахунок страхових фондів покриваються амбулаторне та стаціонарне лікування, послуги лікарів загальної практики та фахівців, діагностичні обстеження, допомога на дому, ліки за рецептом (перелік послуг регламентується нормативними актами).
- Як правило, пацієнти отримують компенсацію за самостійно оплачене лікування від фонду чи страховика.
- Пацієнту доступна медична допомога в приватному порядку за власний кошт.
- Бюрократизм та державне регулювання не дозволяють системі ОЗ швидко реагувати на зміну обставин, позбавляють її гнучкості.

ІТАЛІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податку на зарплату та інших доходів бюджету.
- Обсяг витрат – приблизно 9,2% ВВП.
- Уряд встановлює «основні рівні медичної допомоги», регіональна влада зберігає контроль над власним бюджетом та розподілом ресурсів на місцевому рівні.
- Медичні послуги надаються в державних лікарнях або в приватних установах за контрактом з місцевим управлінням ОЗ.
- Безкоштовно надаються лікування в стаціонарі та первинна медико-санітарна допомога за місцем надання.
- Діагностичні процедури, послуги фахівців та ліки за рецептом оплачуються в дольовій участі з пацієнтом (до 30%).
- Свобода вибору лікаря обмежена, необхідна реєстрація у терапевта за регіональним принципом.
- Діагностичне обстеження, госпіталізація та звернення до фахівця відбуваються за направленням (окрім невідкладної допомоги).
- Існує приватне медичне страхування (ним користується близько 35% населення).
- Кількість ліків, яку покриває страхування, жорстко обмежена, ціни на них контролюються.
- Недоліки: бюрократизм, організаційні труднощі, нестримне зростання витрат і довгі черги за медичною допомогою.

ІСПАНІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (децентралізована); загальне державне страхування.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Основні функції делеговані регіональній владі.
- Усім регіонам надається спільний грант з урахуванням чисельності населення та інших факторів. Кожний регіон має право задовольняти медичні потреби власними коштами.
- Обсяг витрат приблизно 9,0% ВВП.
- Медичне страхування охоплює до 98,7% громадян.
- Страхування покриває первинне медичне обслуговування (в т.ч. терапевтичне, педіатричне, хірургічне, надзвичайну та невідкладну допомогу, лікування довготривалих захворювань, рецептурні ліки).
- **Послуги, пов'язані з лікуванням психіатричних захворювань, особливо в амбулаторному порядку, а також косметична хірургія страхуванням не забезпечуються.**
- Пацієнт позбавлений права вибору лікаря. Він закріплюється до терапевта за місцем проживання.
- Приватне медичне страхування має 12% населення (одночасно з державним страхуванням).
- Спеціалізовані медичні послуги реалізуються через направлення терапевта (середній час очікування – 65 днів).
- Реабілітація, догляд за тими, хто одужує, чи смертельно хворими, як правило, лягає на плечі родичів.
- Існує практика оплати послуг приватних медустанов «з кишені».

- Лікарі, які працюють у лікарнях, та 75% інших медиків вважаються «наполовину державними службовцями» й отримують платню, розмір якої залежить від медичного стажу, професійних навиків та вмінь.

НОРВЕГІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (загальне медичне страхування).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податків.
- Обсяг витрат приблизно 9,7% ВВП.
- Поширюється на всіх громадян Норвегії та іноземців, які живуть і працюють у державі.
- Норвежці мають право не користуватися державною системою та оплачувати медичні послуги власним коштом. Багато хто лікується за кордоном, щоб уникнути черг до фахівців та на госпіталізацію («листи очікування»).
- Страхування покриває амбулаторне та стаціонарне лікування, діагностичні обстеження, допомогу фахівців, обслуговування матері й дитини, профілактичні медичні заходи, паліативний догляд і рецептурні ліки, лікарняні листи та допомогу за інвалідністю.
- Амбулаторне лікування, послуги терапевтів, психологів та психіатрів передбачають можливість пайової участі пацієнта в оплаті послуг.
- Існує невелика кількість приватних лікарень.
- Вибір лікаря пацієнтом обмежений: можливий вибір терапевта зі списку, складеного державою. Змінити лікаря можна не частіше, ніж двічі на рік.
- Лікар загальної практики виконує функції «диспетчера». Прийом у фахівця відбувається лише за направленням терапевта.
- Близько 23% пацієнтів очікують госпіталізації понад 3 місяці.

ПОРТУГАЛІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (централізована державна система ОЗ із загальним страхуванням).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податків.
- Обсяг витрат приблизно 9,5% ВВП.
- Страхування охоплює широкий набір медичних послуг, які надаються безкоштовно або майже безкоштовно (стаціонарне й амбулаторне лікування, включаючи допомогу фахівців, діагностичні обстеження, допомогу матері й дитини та ліки за рецептом). Передбачається пайова участь пацієнта (до 40%) в оплаті за діагностичні обстеження, лікування в лікарні, консультації у фахівців і рецептурні ліки.
- Найчастіше реабілітаційна та стоматологічна допомога страхуванням не покривається.
- Терапевти і лікарі, які працюють у лікарнях, є державними службовцями. Їм також дозволено мати приватну практику.
- Фахівці, як правило, мають приватну практику та працюють на державу за контрактом.
- Приблизно 25% населення охоплені схемами, що побудовані за галузевим чи професійним принципом («підсистеми»).

- Близько 10% населення отримують через працедавця приватне страхування, що покриває лікування в стаціонарі та послуги фахівців, окрім первинної медичної допомоги та реабілітації.
- Вибір провайдерів медичних послуг вкрай обмежений. Усі громадяни мають обрати терапевта з переліку, що складається порайонно.
- Прийом у фахівця або лікування у стаціонарі відбувається за направленням терапевта (окрім випадків екстреної допомоги).
- «Листи очікування» великі та поширені. Тому португальці звертаються до лікарів приватної практики й оплачують послуги «з кишені».

ГРЕЦІЯ

Тип системи ОЗ: медичне страхування здійснюється за місцем роботи, проте по суті – система єдиного платника.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Працедавець зобов'язаний підключити працівника до одного з «фондів соціального страхування», які побудовані за галузевим принципом та фінансуються частково за рахунок податку на зарплату й загальних податкових надходжень до бюджету.
- Обсяг витрат приблизно 8,1% ВВП.
- Перелік медичних послуг, розміри внесків та категорії провайдерів для застрахованих громадян визначає Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення. Воно також визначає бюджети лікарень, їх штатний розклад, рівень зарплат співробітників, кількість ліжок і обсяг закупівель устаткування. Дотримання лікарнями бюджетних рамок жорстко контролюється, їх свобода дій різко обмежена.
- У державній системі ОЗ є свої лікарі та лікарні. Ця система діє паралельно з фондами, грає допоміжну роль, надає медичну допомогу незастрахованим і літнім громадянам.
- Державні лікарні можуть працювати за контрактами з фондами соціального страхування.
- Прийом в лікарню відбувається тільки за направленням лікаря-терапевта. Лікарі приватної практики не мають права направляти пацієнтів до державних медичних установ.
- Близько 83% населення мають страховку, яка покриває первинну медичну допомогу, приблизно 97% – страховку, що охоплює послуги лікарень.
- Лише близько 8% громадян Греції мають додатковий поліс приватного страхування.
- Медичний бюрократичний апарат вкрай заполітизований: призначення на будь-яку посаду в державному секторі охорони здоров'я неможливе без санкції на рівні міністерства.

НІДЕРЛАНДИ

Тип системи ОЗ: модель керованої конкуренції.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Є однією з найбільш ринково орієнтованих в Європі.
- Обсяг витрат приблизно 10,9% ВВП.
- Кожен громадянин повинен придбати базовий страховий поліс у однієї з приватних фірм.

- Від 1,5 до 2% населення країни не мають медичного страхування.
- Обов'язковий страховий пакет включає послуги терапевтів, фахівців, лікування в стаціонарі, деякі види стоматологічної допомоги, медичне обслуговування вагітних, деякі види медикаментів і транспортні витрати.
- Більшість страхових виплат систематизується за «медичними функціями», а не за категоріями провайдерів.
- Розміри страхових внесків регламентує МОЗ.
- Як правило, половину страхового внеску оплачує роботодавець, половину – сам працівник. Суми внесків, що сплачуються громадянами, віднімаються з податків.
- Існує система субсидій, або допомога на медицину, яка допомагає працівникам з низькими та середніми доходами купувати базовий страховий пакет. Субсидії фінансуються за рахунок податку на найманих працівників.
- Страхові компанії можуть пропонувати знижки, посилюючи конкуренцію.
- Близько 90% голландців купують додаткові страховки, що включають послуги, які не входять до обов'язкового стандартного пакета.
- Більшість страховиків вимагають, щоб пацієнт мав направлення від провайдера первинної медичної допомоги для звернення до фахівця.

ВЕЛИКОБРИТАНІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (вкрай централізований варіант).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Пряме фінансування державою медичних послуг за рахунок загальних податкових доходів бюджету. Виняток: дольова участь в оплаті ліків рецептурного відпуску, стоматологічної допомоги та послуг окулістів.
- Більшість лікарів та інших медпрацівників є державними службовцями.
- Обсяг витрат приблизно 9,1% ВВП.
- Серйозна проблема – «листи очікування». Затримки, пов'язані з «листами очікування», бувають настільки тривалі, що майже 20% хворих на рак прямої кишки, чие захворювання на момент встановлення діагнозу визначалося як таке, що піддається лікуванню, до початку власне лікувальних заходів виявляються вже невилковними.
- Часом, щоб лікарні не витратили виділені кошти дуже швидко, в обов'язковому порядку вводяться мінімальні строки очікування.
- Існує невеликий приватний сектор медичних послуг, який динамічно зростає.
- Близько 10% громадян мають приватну медичну страховку, яка дозволяє отримати доступ до ширшого кола провайдерів та уникнути черг.

ШВЕЙЦАРІЯ

Тип системи ОЗ: модель керованої конкуренції з найбільш ринково орієнтованим характером.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Надання медичних послуг та медичне страхування віддані в приватні руки, однак діють у рамках жорстко регульованого «штучного» ринку.

- Обсяг витрат приблизно 11,7% ВВП.
- **Законодавство зобов'язує всіх громадян мати базовий «пакет» медичних страхових полісів, який покриває широкий спектр медичних послуг, включає стаціонарне та амбулаторне лікування, турботу про літніх громадян, інвалідів і хворих на психічні розлади, діагностичні обстеження, утримання у санаторіях, рецептурні ліки, паралельні або альтернативні види лікування.**
- Застраховані 99,5% громадян. Законослухняність частково обумовлена національним характером швейцарців.
- Лише деякі роботодавці забезпечують своїх працівників медичним страхуванням чи оплачують частину внесків. Решта купують їх на індивідуальній основі.
- Поліси реалізуються приватними страховиками. Компанії не мають права відмовити клієнту у страхуванні через стан його здоров'я. Обсяг внесків однаковий для всіх у рамках того або іншого географічного регіону. Таким чином, здорові громадяни фактично субсидують лікування людей, які мають серйозні проблеми зі здоров'ям. Єдиний виняток з цього принципу зроблено для некурців: їх внески знижені на 20%, порівняно з виплатами тих, хто палить.
- Близько 31,5% сукупних витрат на охорону здоров'я швейцарці оплачують безпосередньо «з кишені».
- Динамічно розвивається система «регульованих» медичних полісів, які передбачають зниження внесків в обмін на обмеження доступу до послуг фахівців та інших видів медичної допомоги.
- Малозабезпеченим на придбання полісів медичного страхування надають субсидії. Близько третини швейцарських громадян отримують субсидії в різних формах. Приблизно 19% сукупного обсягу страхових внесків сплачується за рахунок державних коштів.
- Географічні обмеження на практику лікарів відсутні, що призводить до нестачі лікарів у деяких районах країни.
- Медичні установи представлені державними та приватними формами власності.
- У деяких кантонах для звернення до приватних медичних установ необхідно придбати додаткові поліси. Такі поліси мають близько 40% громадян.

НІМЕЧЧИНА

Тип системи ОЗ: загальнонаціональне медичне страхування.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Систему ОЗ регулюють центральний уряд і регіональні органи влади.
- Центральний уряд розробляє загальнонаціональний єдиний бюджет системи ОЗ, приймає рішення про включення нових медичних процедур до страхового пакета та встановлює розцінки компенсації лікарям. На регіональному рівні вирішуються питання про загальний обсяг витрат на потреби охорони здоров'я, контракти з лікарями й рівні їх гонорарів, процедури нагляду за діяльністю медиків, а також затверджуються стандарти звітності про рецептурний відпуск ліків.

- Обсяг витрат приблизно 11,3% ВВП.
- Річний рівень доходу регламентує порядок страхування в «лікарняних касах» або у приватних фірмах.
- Лікарняні каси (ЛК) забезпечують страхове покриття приблизно 90% населення. ЛК фінансуються за рахунок податку на зарплату, поділеного порівну між працедавцем та працівником, та коливається залежно від типу ЛК.
- Близько 9% населення мають додаткове страхування для покриття послуг, які не входять у стандартний пакет.
- Витрати лікарень термінової допомоги, більшість реабілітаційних послуг, особливо для літніх громадян, фінансуються із загальних податкових доходів держбюджету.
- Страхування охоплює широкий спектр медичних послуг, у тому числі послуги лікарів, лікування хронічних захворювань і лікування в стаціонарі, діагностичні обстеження, профілактичні медичні заходи, рецептурні ліки, і, частково, стоматологічні послуги.
- З 2004 р. ЛК не компенсують витрати на придбання окулярів, препаратів для підтримки фізичної форми і будь-яких ліків, що відпускаються без рецепта. Введено пайову участь застрахованих в оплаті деяких медичних послуг (прийом у терапевта, перебування в лікарні, виписка рецепта і деякі спеціалізовані послуги).
- Близько 13% сукупних витрат на охорону здоров'я німці оплачують «з кишені».
- Приватне страхування створює конкурентний тиск на ЛК, що сприяє розширенню спектра і підвищенню якості послуг.
- Цінові обмеження, фіксовані ставки гонорарів, посилення бюрократичного втручання в діяльність лікарів позбавляють їх стимулів для надання пацієнтам допомоги понад необхідний мінімум.

Порівняння систем ОЗ викристалізує істотні відмінності. Так, у Франції пайова участь споживачів у фінансуванні охорони здоров'я є досить значною, що сприяє зменшенню зайвих звернень за медичною допомогою і запобігає надмірному зростанню витрат на ці потреби. Також у цій країні надзвичайно високий рівень рецептурного відпуску ліків. Великобританія, Норвегія та Іспанія суворо нормують медичні послуги, а пацієнтам доводиться довгий час перебувати у чергах на лікування, що майже відсутні у Франції та Швейцарії. Разом з тим, державні бюджети Франції, Італії та Німеччини постійно відчують тягар через зростання витрат на охорону здоров'я. Жорстка політика Великобританії сприяє приборканню такого зростання. Для Греції характерні організаційні труднощі, бюрократизм та існування загального медичного страхування лише на папері.

Більшість країн – членів Європейського Союзу витрачають на служби охорони психічного здоров'я від 4% до 8% від своїх загальних бюджетів охорони здоров'я, кілька країн – більше 12% (Франція, Люксембург та Великобританія), а Норвегія – рекордні 18%. Витрати на цю галузь є найменшими в Болгарії та Чехії (щодо деяких

країн, таких як Австрія, Литва, Румунія, Словаччина, Словенія і Хорватія, відповідні дані не були отримані або є невідомими).

Частина коштів, які витрачаються в системі охорони психічного здоров'я на стаціонарну допомогу, залишається високою для деяких країн Європейського Союзу. За даними ВООЗ (2011), Мальта, наприклад, витрачає 96,8% свого бюджету в галузі психічного здоров'я на стаціонарне лікування. Польща, незважаючи на відсутність лікарень для довготривалого перебування, витрачає на стаціонарне лікування 73,0% свого бюджету в галузі психічного здоров'я. Для Португалії, де залишається деяка кількість лікарень для довготривалого перебування, їх частка становить 45,0%. Така висока частка фінансування, призначена для стаціонарної психіатричної допомоги, суттєво обмежує обсяги інвестиційних ресурсів, що виділяються на розвиток служб охорони психічного здоров'я у громаді. Оптимізація використання наявних фінансових і кадрових ресурсів шляхом переведення їх із закладів, що надають психіатричну допомогу, є рішенням цієї проблеми (Semrau et al., 2011).

На підставі аналізу досвіду європейських колег можемо зробити висновок, що для України є перспективним акцент на амбулаторному лікуванні. Актуальним є спрямування фінансових ресурсів як на медикаменти, так і на реабілітацію та розвиток інших альтернативних форм надання допомоги. Водночас необхідно звернути увагу на те, що при скороченні стаціонарного сектора кошти йдуть зі служби. Тому на сьогоднішній день при реформуванні ключовим моментом є умова, що фінансові ресурси повинні залишатися в системі охорони психічного здоров'я і спрямовуватись на вдосконалення якості надання психіатричної допомоги.

2. Психічне здоров'я в Європейському регіоні: огляд ситуації

В Європейський регіон ВООЗ входять 53 держави – члени із загальною кількістю населення майже 900 млн чоловік, що живуть в найрізноманітніших культурних, економічних і соціально-політичних умовах. Серед країн Європейського регіону ВООЗ зберігаються значні нерівності: ВВП на душу населення відрізняється між країнами в 100 разів, а діапазон значень середньої очікуваної тривалості життя досягає 20 років у чоловіків і 12 років у жінок [1].

Психічні розлади, внаслідок їх поширеності і обумовленого ними тягара хвороб та інвалідності, складають у Європейському регіоні ВООЗ одну із найсерйозніших проблем суспільної охорони здоров'я. За наявними оцінками, щороку психічні порушення, найпоширенішими з яких є депресія і тривожні розлади, вражають більше третини населення. У жінок депресивні розлади зустрічаються удвічі частіше, ніж у чоловіків.

Приблизно у 1–2% населення діагностують психотичні розлади (їх поширеність серед чоловіків і жінок однакова) і у 5,6% чоловіків та 1,3% жінок виявляють розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин. У результаті старіння населення зростає поширеність деменції, яка зазвичай складає 5% серед осіб старше 65 років і 20% серед осіб старше 80 років. У всіх країнах більшість психічних розладів набагато частіше зустрі-

чаються серед найуразливіших та малозабезпечених груп населення.

Навіть у країнах з прогресивними моделями систем ОЗ існують складнощі в забезпеченні пацієнтів сучасним лікуванням. Так, лише 60% американців, яким прописані нейролептичні засоби для лікування шизофренії або інших психічних захворювань, отримують препарати останнього покоління зі знизеними побічними ефектами; в Іспанії та Німеччині подібні новітні ліки приймають лише 20% і 10% пацієнтів відповідно.

В Україні в структурі захворюваності у 2015 р. перше місце займали показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10-F19) (58,41%), друге – показники органічних, в тому числі симптоматичних, розладів психіки (F00-F09) (13,7%), третє – показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F49) (9,36%). У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 р. перше місце займали захворювання групи F10-F19 (41,62%), друге – F00-F09 (15,98%), третє – F70-F-79 (13,63%), четверте – F20-F29 (10,3%), п'яте – F40-F49 (7,71%).

У масштабах Європейського регіону нервово-психічні розлади вносять другий за величиною внесок у тягар хвороб (який вимірюється показником DALY – числом втрачених років життя з урахуванням обмежень життєдіяльності): на їхню частку припадає 19% сумарного тягара. В регіоні в цьому відношенні наявні значні відмінності, пов'язані з нерівними соціально-економічними умовами у різних країнах.

Серед складових тягара хвороб у багатьох країнах Західної Європи з високим рівнем доходів психічні розлади посідають перше місце, тоді як в деяких країнах з низьким рівнем доходів вони займають четверте чи п'яте місце, зважаючи на високу поширеність перинатальних і серцево-судинних захворювань.

Важливим показником тягара хвороб, який лягає на суспільство і системи охорони здоров'я, є внесок певних груп захворювань у загальну сукупність хронічної патології (показник YLD – роки життя, прожиті з обмеженнями життєдіяльності). Для психічних розладів цей показник складає трохи менше 40%, що набагато випереджає інші хронічні стани, на які страждає населення Європи. На частку уніполярного депресивного розладу у тягарі обмежень життєдіяльності припадає 13,7%, і він, таким чином, посідає перше місце серед хронічних станів в Європі. На другому місці, з невеликим розривом (6,2%), знаходяться розлади, пов'язані з вживанням алкоголю. Сьому позицію займають хвороба Альцгеймера та інші види деменції (3,8%); на одинадцятому та дванадцятому місцях знаходяться шизофренія й біполярні розлади (на них припадає по 2,3% загального показника YLD).

У значного відсотка людей, які отримують соціальну допомогу або пенсію по інвалідності, первинним захворюванням є психічний розлад. Це збільшує фінансовий тягар, обумовлений порушеннями психічного здоров'я, який лягає на країну. У Данії на частку психічних розладів припадає 44% від суми всієї соціальної допомоги та пенсій по інвалідності; у Фінляндії і Шотландії – 43%, в Румунії – 37%. У Республіці Молдова – одній із найбідніших країн Євро-

пи – на частку психічних розладів припадає 25% всіх витрат держави, пов'язаних з виплатою допомоги по соціальному забезпеченню та пенсій по інвалідності. Такі відмінності можуть також відображати ступінь дискримінації та виключення зі сфери зайнятості людей із порушеннями психічного здоров'я в різних країнах. Показники зайнятості серед осіб з психічними розладами в Європі коливаються від 18 до 30%. Цифри різняться залежно від діагнозу (найнижчі показники відзначаються серед осіб з психотичними розладами), а також залежно від країни [2].

Одним з важливих індикаторів якості надання медичної допомоги є показник первинної інвалідності через психічні розлади. В Україні в 2013 р. він становив 26,1 на 100 тисяч населення (11 837 осіб); у 2015 р. цей показник зменшився на 8,8%, тобто до 23,8 на 100 тисяч населення (10 179 осіб). Така ж тенденція спостерігалася серед показників контингенту хворих на розлади психіки та поведінки, які мали групу інвалідності. У 2015 році він складав 604,3 на 100 тисяч населення (258 375 осіб). Порівняно з 2013 р. показник знизився на 5,0%. Внесок первинної інвалідності у контингент інвалідів через розлади психіки і поведінки у 2015 р. склав 3,9% (у 2013 році – 4,1%). Питома вага осіб, які мали інвалідність внаслідок розладів психіки та поведінки, у 2015 р. становила 26,3% від кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом у психоневрологічних закладах України на кінець року.

В Україні станом на 01.01.2014 р. у психіатричній та наркологічній службах функціонували 84 психіатричні та психоневрологічні лікарні (37 856 ліжок), 99 психіатричних денних стаціонарів (4 557 ліжок), дитячі психіатричні ліжка у психіатричних лікарнях (1 551 ліжок), дитячі психіатричні ліжка поза психіатричними лікарнями (230 ліжок), 27 психоневрологічних диспансерів (з них 14 мають стаціонари на 1531 ліжок); 38 наркологічних диспансерів (з них 29 мають стаціонари на 3263 ліжка), 551 наркологічний кабінет (808,50 зайнятих посад лікарів-наркологів), 176 госпрозрахункових наркологічних кабінетів, 31 кабінет анонімного лікування наркологічних хворих, 17 підліткових наркологічних кабінетів, 16 кабінетів антиалкогольної пропаганди та профдопомоги, 48 кабінетів експертизи алкогольного сп'яніння, 5 наркологічних лікарень, наркологічні ліжка у психіатричних лікарнях (1068 ліжок), наркологічні ліжка у ЦРЛ та міських лікарнях (313 ліжок), 46 наркологічних денних стаціонарів (1651 ліжок).

У закладах психіатричної та наркологічної мережі працюють 3255 лікарів-психіатрів, 1180 лікарів-наркологів, 377 дитячих лікарів-психіатрів, 92 лікарі-психотерапевти, 46 лікарів-сексопатологів, 71 лікар-психолог, 476 психологів, 244 медичних сестри соціальної допомоги, 12 379 медичних сестер.

На кінець 2015 р. загальна кількість психіатричних ліжок для дорослих складала 30 213 одиниць (табл. 1). Протягом 2013–2015 рр. відбулось скорочення ліжкового фонду на 18,4%. Таким чином, забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2015 р. складала 86,0 на 100 тисяч дорослого населення.

Таблиця 1. Розподіл психіатричних ліжок для дорослих серед медичних установ

Тип установи	Кількість установ	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні та психоневрологічні лікарні	62	28 469	94,23
Стационарні відділення психоневрологічних диспансерів	–	978	3,24
Обласні соматичні лікарні	2	40	0,13
Міські лікарні	10	565	1,87
Центральні районні та районні лікарні	9	161	0,53

Фонд психіатричних ліжок для дітей на кінець 2015 р. нараховував 1 439 одиниць (табл. 2). Впродовж 2013–2015 рр. відбулося скорочення ліжкового фонду на 19,2%, тобто забезпеченість населення дитячими психіатричними ліжками на кінець 2015 р. становила 18,9 на 100 тисяч дитячого населення.

Таблиця 2. Розподіл психіатричних ліжок для дітей серед медичних установ

Тип установи	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні та психоневрологічні лікарні	1064	73,9
Стационарні відділення психоневрологічних диспансерів	125	8,7
Міські лікарні	80	5,6
Інші лікарні	170	11,8

На кінець 2015 р. фонд ліжок наркологічного профілю нараховував 3968 одиниць (9,3 на 100 тисяч населення), з яких 100 виділено для примусового лікування хворих з тяжкими супровідними захворюваннями (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл ліжок наркологічного профілю серед медичних установ

Тип установи	Кількість установ	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні, психоневрологічні лікарні	19	753	19,0
Наркологічні лікарні	3	378	9,5
Стационарні відділення наркологічних диспансерів	23	2457	61,9
Психоневрологічні диспансери	3	106	2,7
Міські лікарні	6	155	3,9
Центральні районні та районні лікарні	8	119	3,0

У 2015 р. в Україні нараховувалось 75 **денних психіатричних стаціонарів**, забезпеченість місцями в них – 7,5 на 100 тисяч населення.

Впродовж 2013–2015 рр. забезпеченість штатними посадами лікарів-психіатрів в Україні знизилася на 15,0%: з 9,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,8 – у 2015 р. Забезпеченість штатними посадами дитячих лікарів-психіатрів в Україні на кінець 2015 р. сягала 394,5 штатних посад (5,18 на 100 тисяч населення). Забезпеченість штатними посадами лікарів-психотерапевтів в Україні на кінець 2015 р. становила 246 посад (0,58 на 100 тисяч населення). За 2013–2015 рр. відбулось скорочення кіль-

кості штатних посад лікарів-психотерапевтів на 20,3%. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психологів в Україні на кінець 2015 р. становила 222 штатні посади (0,52 на 100 тисяч населення), що на 23 посади (11,6%) більше, ніж у 2013 р. Забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів в Україні на кінець 2015 р. становила 1 353,5 штатних посад, або 3,17 на 100 тисяч населення. Впродовж 2013–2015 рр. кількість штатних посад скоротилася на 306 (на 18,4%).

3. Психічні розлади та суїциди

Згідно з даними ВООЗ, щороку більше 800 000 людей у світі закінчують життя самогубством. 75% суїцидів у світі скоюються в країнах з низьким та середнім рівнем доходу. На кожний завершений суїцид припадає значно більша кількість людей, які здійснюють спробу самогубства. У 2012 році суїциди стали другою провідною причиною смерті серед молодих людей у віці 15–29 років. Чоловіки в Європі здійснюють самогубство майже в 5 разів частіше, ніж жінки. Важливо зазначити, що число смертей через самогубства перевищує кількість загиблих у війнах та в результаті насильницької смерті [10].

Існує доведений зв'язок між психічними розладами та суїцидами. Порівняно з іншими регіонами світу, показники суїцидів в Європейському регіоні дуже високі, середня частота випадків самогубств тут складає 13,9 на 100 000 населення на рік, зі значними коливаннями значень між країнами. Дев'ять країн з найвищими у світі показниками суїциду належать до Європейського регіону.

Факторами ризику суїциду є депресія, зловживання алкоголем, безробіття, борги й соціальна нерівність, і всі вони тісно пов'язані між собою. Варто зазначити, що більшість суїцидів реалізуються імпульсивно в моменти життєвої кризи, коли втрачається здатність долати стресові ситуації (фінансові труднощі, розрив стосунків, хронічні хвороби та біль). Зростання частоти самогубств збігається з підвищенням рівнів безробіття і загостренням почуття незахищеності, викликаного високою ймовірністю втрати роботи. Суїцидальна поведінка нерідко асоціюється з конфліктами, стихійними лихами, насиллям, зловживанням або втратами, а також відчуттям ізоляції. Показники самогубств також досить високі серед вразливих груп, які зазнають дискримінації, наприклад біженців та мігрантів, корінного населення, осіб нетрадиційної статевої орієнтації, ув'язнених [10]. За деякими даними, порівняно з 2008 роком показники суїцидів зросли; найбільше зростання відзначають у країнах, які найбільше постраждали від економічного спаду. В глобальних масштабах для реалізації самогубства найчастіше використовують пестициди, повішення та вогнепальну зброю. З огляду на вищенаведене стає зрозуміло, що складна політична, економічна та військова ситуація в Україні створює передумови для зростання кількості осіб, які можуть потрапити до групи ризику суїцидів. Найсильнішим фактором ризику самогубства безперечно є спроба суїциду в анамнезі.

На особливу увагу заслуговують питання стигматизації та табу щодо психічних розладів і самогубств. Стигматизація в цьому аспекті означає, що багато людей, які замислюються про самогубство або скоюють спробу суїциду, не звертаються за допомогою, якої вкрай потребують, і не отримують її. Рівень профілактики самогубств

є недостатнім через відсутність розуміння масштабів проблеми та існування у більшості спільнот табу щодо відкритого її обговорення.

Самогубству можна запобігти. Розуміння того, що суїцид – це складний процес, підтверджує переконання у необхідності координації та спільної роботи цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор охорони здоров'я та такі сектори, як освіта, трудові ресурси, сільське господарство, бізнес, право та правосуддя, оборона, політика, ЗМІ. Ці зусилля повинні мати всеохоплюючий та комплексний характер, оскільки розвиток лише одного напрямку профілактики суїцидів не буде мати достатнього впливу. Розуміння суспільством усієї складності проблеми суїцидів та позбавлення табу сприятиме прогресу в профілактиці самогубств [10].

Для запобігання самогубствам та їх спробам на рівні груп населення, субпопуляцій та окремих людей можна застосовувати наступні заходи [10]:

- обмеження доступу до ймовірних засобів самогубства (зброя, деякі ліки);
- відповідальна просвітницька політика у ЗМІ;
- впровадження адекватної алкогольної політики для зменшення шкідливого використання алкоголю;
- раннє виявлення, лікування та догляд за особами з психічними розладами й різними видами залежностей, хронічним боєм, гострими емоційними розладами;
- навчання медичного персоналу та інших осіб цільового кола питанню оцінки та управління суїцидальною поведінкою.

У більшості країн відсутня національна стратегія запобігання самогубствам. На сьогодні лише деякі країни включили запобігання самогубствам у число пріоритетів розвитку своїх систем охорони здоров'я, та тільки у 28 країнах з'явилась національна стратегія запобігання суїцидам. У плані дій ВООЗ з психічного здоров'я на 2013–2020 рр. країни – члени ВООЗ зобов'язались домогтися глобальної мети скорочення показника самогубств на 10% до 2020 р.

Уже не раз наголошувалось, що для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібна всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам. Ефективність цієї стратегії буде прямо залежати від підвищення якості нагляду та моніторингу суїцидів і їх спроб. Міждержавні відмінності в моделях самогубств, зміна показників, а також характеристик та методів суїцидів підкреслюють необхідність у кожній країні домогтися підвищення рівня охоплення, якості та своєчасності своїх даних щодо цієї проблеми. Сюди входять демографічна реєстрація самогубств, лікарняний облік спроб суїцидів та національні репрезентативні огляди для збору інформації про спроби самогубства за повідомленнями респондентів.

У 2015 р. в Україні вперше були зібрані офіційні дані щодо суїцидальних спроб серед військових-учасників АТО. Впродовж 2015 р. у лікувальних закладах МОЗ України, за направленнями лікарів Міністерства оборони України, надавалась медична допомога військовослужбовцям (учасникам АТО), які здійснили спробу навмисного самоушкодження (суїцидальну спробу). Всього у 2015 р. з цього приводу було проліковано 29

осіб, у т.ч. чоловіків – 27. За віком вони розподілились наступним чином: 21–30 років – 11 осіб; 31–40 років – 13 осіб; 41–50 років – 5 осіб. 49% суїцидентів брали участь у бойових діях більше 6 місяців. Такі важливі протекторні фактори як «перебування у шлюбі» та «наявність дітей» були відсутні у 52% та 56% осіб відповідно. Переважна більшість з них (28 осіб) здійснювали суїцидальну спробу вперше. Механізмами суїциду найчастіше були вогнепальні поранення (6 осіб), пошкодження вен (5 осіб), повішення (4 особи). 56% суїцидентів на момент скоєння спроби самогубства перебували в алкогольному або наркотичному сп'янінні.

Для людей з психічними розладами характерна більш рання смертність: часто такі люди помирають на 20 і більше років раніше, порівняно з середніми показниками, характерними для населення в цілому. Однією із причин є висока частота самогубств, однак головний фактор – це значна поширеність таких хронічних станів як серцево-судинні захворювання, рак і діабет, ускладнений доступ до лікування цих захворювань у людей з коморбідною патологією, а також низька якість допомоги, що надається. У свою чергу, серед людей з хронічними захворюваннями дуже висока поширеність депресії, яка часто не діагностується і супроводжується підвищеною смертністю.

Сьогодні у більшості країн існують стратегії та законодавство, що стосуються охорони психічного здоров'я, а багато країн успішно йдуть шляхом створення служб для надання допомоги людям із порушеннями психічного здоров'я на рівні місцевих громад. Однак у потенціалі надання послуг і в їх якості, а також у забезпеченості кадрами – чи йдеться про ліжковий фонд або охоплення послугами за місцем проживання, чи про чисельність психіатрів і медсестер, чи про інвестиції – між країнами регіону наявні досить істотні відмінності. Деякі європейські країни є світовими лідерами за своїм баченням цілей і якості здійснюваних заходів. У ряді країн Європейського регіону існує всеосяжна мережа надання послуг за місцем проживання. Однак деякі інші країни, як і раніше, покладаються в наданні послуг з охорони психічного здоров'я, в основному, на великі психіатричні лікарні, і з великими труднощами здійснюють свої стратегії.

4. Модель циклу психічного благополуччя

Соціальний градієнт у психічних розладах і рівнях психічного благополуччя вказує на тісний зв'язок між станом психічного здоров'я та матеріальними умовами життя людей. Такі фактори як бідність, безробіття, несприятливі умови роботи, незадовільні житлові умови і низький рівень шкільної освіти негативно впливають на добробут і значно підвищують ризик розвитку психічних розладів. Крім того, низький рівень психічного благополуччя і низький соціальний статус, незалежно один від одного, корелюють із впливом таких чинників ризику як неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, насильство. Під дією цих факторів ризику зростає частота психічних розладів. Поганий стан психічного здоров'я є однією з причин неуспіху в більшості сфер життя і часто ще більше посилює соціальну нерівність, про що свідчить той факт, що люди, які входять у групи з найнижчим соціально-економічним статусом, частіше за інших страждають психічними за-

хворюваннями і мають нижчий рівень психічного благополуччя. Таким чином, психічне здоров'я є одночасно і наслідком, і причиною соціальної нерівності.

Фактичні дані свідчать про те, що існує зв'язок між життєвими обставинами і показниками психічного здоров'я на популяційному рівні, проте на рівні окремої особистості дані про цей зв'язок є набагато менш однозначними. Великий вплив на психічне благополуччя чинять також такі фактори як вік, стать, характер особистості і здатність протистояти несприятливим зовнішнім впливам. Багато людей, які стикаються з труднощами і несприятливими обставинами, залишаються психічно здоровими, тоді як інші мають слабе психічне здоров'я, хоча живуть у сприятливому середовищі. Зрозуміти, чому одні люди домагаються успіху, а інші насилу справляються з життєвими труднощами, і чому одні схильні до ризикованої поведінки, а інші ні – одне з завдань, які потребують вирішення.

Важливо зазначити, що порушення і психічного, і соматичного здоров'я поєднані з численними спільними типами ризикованої поведінки і факторами ризику, такими як вживання алкоголю, тютюну, насильство. Ці типи поведінки та фактори ризику одночасно корелюють з такими психічними розладами як депресія, психози і суїцид, та з неінфекційними станами, такими як серцево-судинні та онкологічні захворювання, астма і діабет. Неінфекційні захворювання (НІЗ) самі по собі є одним із головних факторів ризику розвитку психічних розладів, і поширеність психічних розладів демонструє позитивний зв'язок з рівнями смертності від НІЗ [11]. Цілком очевидно, що психічне і соматичне здоров'я потрібно розглядати у їх єдності. Доступ до повноцінної медико-санітарної допомоги має першорядне значення для зниження захворюваності та смертності від НІЗ і в результаті – суїциду, тому що дозволяє розірвати утворене порочне коло. Системи охорони здоров'я, які ефективно працюють, мають на меті забезпечити одужання і хороше здоров'я, підвищити рівень добробуту та соціального функціонування. Однак характеристики системи охорони здоров'я, такі як доступ до медичних втручань, їх наявність, фінансова доступність, якість та наслідки втручань, у величезній мірі залежать від демографічних та соціально-економічних факторів, таких як вік, стать, сексуальна орієнтація, матеріальна забезпеченість, соціальний статус і етнічна належність. Людям з порушеннями психічного здоров'я складно отримати допомогу високої якості, чи то загальномедичну, чи психіатричну.

Коли людина страждає на психічний розлад, це надзвичайно сильно негативно впливає на всі ланки циклу її психічного благополуччя і будь-які їх взаємодії, що наочно відображено у схемі циклу психічного благополуччя (рис.1). Психічні розлади впливають на благополуччя: людям з психічними розладами менш доступна освіта, серед них дуже високий рівень безробіття і низькі рівні доходів, вони часто виявляються в соціальній ізоляції.

Висновки

1. Питанням охорони психічного здоров'я щороку приділяється все більше уваги, про що свідчить кількість доповідей та обговорень, прийнятих декларацій, пактів,

резолуцій, проектів плану дій та стратегій у світових міжнародних інституціях.

2. Державна охорона здоров'я (ОЗ) не є монолітним поняттям. Кожна система відрізняється ефективністю за низкою напрямків, однак не позбавлена й серйозних недоліків. У світі немає системи ОЗ, яка надавала б медичні послуги в необмеженому обсязі без страхових внесків, відрахувань або пайової участі та передбачала повну свободу вибору лікаря.

Надання психіатричної медичної допомоги та реабілітація пацієнтів з вадами психічного здоров'я часто покриваються лише частково та не в повному обсязі. Психотерапія, як дорогий метод лікування, не входить до базового страхового пакета.

3. Наявність медичного страхування не рівнозначна загальному доступу до послуг охорони здоров'я; частина населення все ж залишається поза страхуванням.

4. Зростання витрат на систему ОЗ є характерним для всіх країн та призводить до дефіциту бюджету, підвищення податків і скорочення соціальних пільг.

5. У країнах, де акцент робиться на державному контролі над ОЗ, громадяни з більшою ймовірністю стикаються з «листами очікування», нормуванням послуг, обмеженнями вибору лікаря та іншими перешкодами у сфері медичної допомоги.

6. Країни з найефективнішими системами ОЗ досягають результату за рахунок відмови від централізованого державного контролю й опираються на ринкові механізми (конкуренцію, фінансову дисципліну, поділ витрат, ринкові ціни та свободу вибору для споживача). Таким

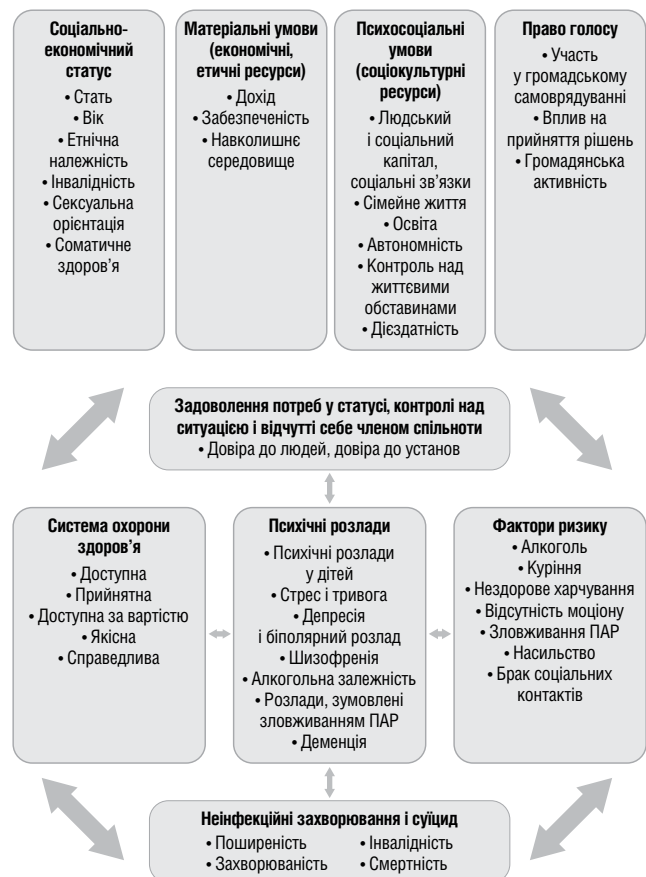


Рис. 1. Цикл психічного благополуччя

чином, відхід від централізованого державного контролю та переведення ОЗ на ринкову основу є реальною загальносвітовою тенденцією.

7. Психічні розлади, внаслідок їх поширеності і обумовленого ними тягаря хвороб, інвалідності та стигматизації, складають одну з найсерйозніших проблем суспільної охорони здоров'я у Європейському регіоні та в Україні. Особливості динаміки показників психічного здоров'я мають бути враховані при розробці пріоритетних напрямків реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

8. Питання стигматизації та табу щодо психічних розладів та самогубств заслуговують на особливу увагу. Для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібні всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам, координація та спільна робота цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор ОЗ та такі сектори як освіта, трудові ресурси, сільське господарство, бізнес, право та правосуддя, оборона, політика, ЗМІ. Розробка національної стратегії запобігання самогубствам має стати одним з пріоритетів розвитку системи ОЗ в Україні.

9. Цикл психічного благополуччя є моделлю, що описує стан та особливості внутрішнього світу людини, визначає переживання благополуччя, а також поведінку, яка продукує ситуаційне благополуччя. Цикл ураховує соціально-психологічні, економічні, матеріальні умови, визначає роль та місце різноманітних факторів ризику, дозволяє визначити й оцінити мішені (слабкі місця конкретного індивідуума) та розробити стратегію корекції слабких ланок.

10. Досвід деяких країн із низьким та середнім рівнями доходів показує, що успішне реформування системи психіатричної допомоги часто починається на тлі військових конфліктів або стихійних лих, які тимчасово притягують увагу й ресурси.

11. Виходячи із вищевикладеного, основні принципи реформування системи охорони психічного здоров'я в державі полягають у:

- плануванні будь-яких змін з урахуванням довгострокової перспективи реформування всієї системи охорони психічного здоров'я країни;
- організації перегляду національної політики та

тактичних планів охорони психічного здоров'я, удосконаленні нормативно-правової бази;

- акценті на широкому колі психічних захворювань та проблем (а не тільки на посттравматичних стресових розладах);
- спрямуванні реформ на поліпшення й посилення всіх рівнів (первинної, вторинної, третинної) організації допомоги;
- посиленні координації між установами, що надають допомогу пацієнтам із психічними розладами;
- ключовій ролі місцевих фахівців у просуванні реформи системи охорони психічного здоров'я;
- додатковому навчанні та наданні необхідної організаційної підтримки працівникам охорони здоров'я під час реорганізації роботи служби;
- перевірці ефективності нових моделей надання психіатричної допомоги за результатами пілотних проєктів.

Список використаної літератури / References

1. *The European Health Report 2009 Health and health systems, 2010, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf*
2. *Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. European Union, 2010, available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Eurostat_yearbook*
3. *Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf*
4. *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf*
5. *WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Scaling up care for mental, neurological, and substance abuse disorders, WHO 2008, available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf*
6. *Document WHA61.4, The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 7th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action Luxembourg, 15 September 2010, available at: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20100914_co09_en.pdf*
7. *Document WHA61.14, Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy, available at: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/documents/ncd_wha_resolution_61.14_2008.pdf*
8. *Resolution A/RES/65/95, Global health and foreign policy available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/518/24/PDF/N1051824.pdf?OpenElement>*
9. *Document WHA65.4, The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, available at: http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf*
10. *Suicide, Fact sheet Reviewed September 2016, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>*
11. *Document WHA66.8, Comprehensive mental health action plan 2013–2020, available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf*

АНАЛИЗ СИСТЕМ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТРАН – ЧЛЕНОВ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА И УКРАИНЫ

И.Я. Пинчук, Н.М. Степанова, А.В. Колодежный, И.Ф. Здорик

Актуальность. Вопросам охраны психического здоровья ежегодно уделяется все больше внимания, о чем свидетельствует количество докладов и обсуждений, принятых деклараций, пактов, резолюций, проектов плана действий и стратегий в мировых международных институтах.

Цель исследования: на основании анализа систем охраны психического здоровья стран – членов Европейского Союза и Украины определить принципы реформирования системы охраны психического здоровья населения Украины.

Материалы и методы. Материал исследования представлен данными открытых источников информации; использованы методы анализа, синтеза и сравнения.

Результаты. Системы здравоохранения (ЗО) стран – членов Европейского Союза (в т.ч. охраны психического здоровья) отличаются разной эффективностью и имеют свои недостатки. В мире нет системы ЗО, которая предоставляла бы медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, отчислений или долевого участия и предусматривала полную свободу выбора врача. Рост расходов на систему ЗО характерен для всех стран и приводит к дефициту бюджета, повышению налогов и сокращению социальных льгот. В статье приведена динамика показателей психического здоровья и раскрыты проблемные аспекты суцидов. Описан цикл психического благополучия с учетом социально-психологических, экономических, материальных условий, определена роль и место различных факторов риска.

Выводы. Страны с наиболее эффективными системами ЗО достигают результата за счет отказа от централизованного государственного контроля и опираются на рыночные механизмы (конкуренцию, финансовую дисциплину, разделение затрат, рыночные цены и свободу выбора для потребителя). Особенности динамики показателей психического здоровья должны быть учтены при разработке приоритетных направлений реформирования системы охраны психического здоровья в Украине. Вопрос стигматизации и табу по отношению к психическим расстройствам и самоубийствам заслуживает особого внимания. Для обеспечения эффективности национальных мер реагирования нужна комплексная межсекторальная стратегия предупреждения самоубийств. Разработка национальной стратегии предупреждения самоубийств должна стать одним из приоритетов развития системы ЗО в Украине. На основании проведенного анализа определены основные принципы реформирования системы охраны психического здоровья в Украине.

Ключевые слова: система охраны психического здоровья, Украина, Европейский союз, принципы, реформирование, суцид, цикл психического здоровья.

ANALYSIS OF SYSTEMS OF MENTAL HEALTH CARE OF COUNTRIES – MEMBERS OF THE EUROPEAN UNION AND UKRAINE

I.Ya. Pinchuk, N.M. Stepanova, O.V. Kolodezhny, I.F. Zdoryk

Background. Mental health issues every year is paid more and more attention. This is evidenced by the number of presentations and discussions, accepted the declarations, covenants, resolutions, action plans, projects and policies in the world's international institutions.

Objective. Based on the analysis of the mental health systems of the EU Members and Ukraine will determine the principles for reforming the system of protection of mental health in Ukraine.

Methods and materials. Materials presented data of open sources of information; analysis, synthesis and comparison methods have been used.

Results. Healthcare systems (HCS) of the EU members (including mental health) are distinguished by different efficiency and have their disadvantages. In the world there HCS system that provides health services on an unrestricted basis without insurance contributions, assignments or of share participation and included the full freedom of choice of doctor. The increase in costs HCS is common to all countries and leads to the budget deficit, enhance taxes and reducing social benefits. The article shows the dynamics of mental health and discloses problematic aspects of suicide. The described cycle of mental well-being considering the socio-psychological, economic, material conditions; defined the role and place of various risk factors.

Conclusions. Countries with the most effective HCS achieves results by eliminating the centralized state control and are based on market mechanisms (competition, financial discipline, cost-sharing, market prices and freedom of choice for the consumer). Features of the dynamics of mental health indicators should be taken into account in the development of priority directions of reforming the mental health system in Ukraine. The issue of stigma and taboo in relation to mental disorders and suicide deserves special attention. To ensure the effectiveness of national response measures need an integrated cross-sectoral strategy of prevention suicide. Developing a national suicide prevention strategy should become one of the priorities of development of the system HCS in Ukraine. Based on the analysis identified the main principles of the reform of the mental health system in Ukraine.

Key words: mental health system, Ukraine, the European Union, the principles, reform, suicide, mental health cycle.