

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

“Финансирование является мощным инструментом создания высококачественной системы охраны психического здоровья. Без адекватного финансирования политика и планирование охраны психического здоровья остаются лишь благими пожеланиями и добрыми намерениями.”



Всемирная организация
здравоохранения

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Финансирование охраны психического здоровья.

(Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья)

1. Службы охраны психического здоровья – экономика. 2. Финансирование, здравоохранение. 3. Финансовое управление – методы. 4. Методические рекомендации
I. Всемирная организация здравоохранения. II. Серия.

ISBN 92 4 454593 4

(По классификации NLM: WM 30)

Техническую информацию об этом издании можно получить у:

д-ра Michelle Funk

Департамент психического здоровья и токсикомании

Всемирная организация здравоохранения

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Тел.: +41 22 791 3855

Факс: +41 22 791 4160

Эл. почта: funkm@who.int

Источник: *Mental health financing*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – будь то для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Отпечатано в Сингапуре.

Выражение признательности

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был выпущен под руководством д-ра Michelle Funk, координатора по совершенствованию политики и систем обслуживания в области психического здоровья, при непосредственном участии в качестве куратора д-ра Benedetto Saraceno, Директора Департамента психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения выражает благодарность за подготовку к изданию данного модуля д-ру Vijay Ganji, Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья, США, а также проф. Martin Knapp и г-ну David McDaid, Лондонская школа экономики и политологии, которые участвовали в разработке документов, использованных при подготовке данного модуля.

В состав редакционно-координационной группы вошли:

д-р Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), г-жа Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), д-р JoAnne Epping-Jordan (штаб-квартира ВОЗ), проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка, проф. Melvyn Freeman, Департамент здравоохранения, Претория, Южная Африка, д-р Howard Goldman, Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья и Медицинская школа Мэрилендского университета, США, д-р Itzhak Levav, Службы охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Иерусалим, Израиль, и д-р Benedetto Saraceno (штаб-квартира ВОЗ).

Технические консультации проводились со следующими специалистами:

д-р Jose Bertolote, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), д-р Thomas Bornemann (штаб-квартира ВОЗ), д-р José Miguel Caldas de Almeida, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (АМРБ), д-р Vijay Chandra, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии ВОЗ (ЮВАРБ), д-р Custodia Mandlhate, Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ), д-р Claudio Miranda (АМРБ), д-р Ahmed Mohit, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ), д-р Wolfgang Rutz, Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ), д-р Erica Wheeler (штаб-квартира ВОЗ), д-р Derek Yach (штаб-квартира ВОЗ) и сотрудники Кластера ВОЗ по фактическим данным и информации для политики (штаб-квартира ВОЗ).

Административное обеспечение и секретарские услуги были предоставлены:

г-жой Adeline Loo (штаб-квартира ВОЗ), г-жой Anne Yamada (штаб-квартира ВОЗ) и г-жой Razia Yaseen (штаб-квартира ВОЗ).

Оригинал-макет и графическое оформление: 2S) graphicdesign
Редактор: Walter Ryder

ВОЗ также выражает искреннюю признательность следующим лицам за сделанные ими экспертные заключения и предоставленную техническую информацию при подготовке данного модуля:

д-р Adel Hamid Afana	Директор, Департамент обучения и профессиональной подготовки, Программа охраны психического здоровья населения сектора Газа
д-р Bassam Al Ashhab	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, Западный берег реки Иордан
г-жа Ella Amir	Ами Квебек, Канада
д-р Julio Arboleda-Florez	Факультет психиатрии, Королевский университет, Кингстон, пров. Онтарио, Канада
г-жа Jeannine Auger	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, пров. Квебек, Канада
д-р Florence Baingana	Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США
г-жа Louise Blanchette	Аттестационная программа по психическому здоровью при Монреальском университете, Монреаль, Канада
д-р Susan Blyth	Кейптаунский университет, Кейптаун, Южная Африка
г-жа Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ферней-Вольтер, Франция
д-р Anh Thu Bui	Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Sylvia Caras	Организация «People Who», Санта-Крус, штат Калифорния, США
д-р Claudina Cayetano	Министерство здравоохранения, Бельмопан, Белиз
д-р Chueh Chang	Тайбэй, Тайвань
проф. Yan Fang Chen	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китайская Народная Республика
д-р Chantharavdy Choulamany	Больница общего профиля Махосот, Вьентьян, Лаосская Народно-Демократическая Республика
д-р Ellen Corin	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Jim Crowe	Президент Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Данидин, Новая Зеландия
д-р Araba Sefa Dedeh	Медицинская школа Университета Ганы, Аккра, Гана
д-р Nimesh Desai	Профессор психиатрии и главный врач, Институт поведения человека и смежных наук, Индия
д-р M. Parameshvara Deva	Факультет психиатрии, Медицинский колледж Перак, Ипох, штат Перак, Малайзия
проф. Saida Douki	Президент Общества психиатров Туниса, Тунис, Тунис
проф. Ahmed Abou El-Azayem	Бывший президент Всемирной федерации по охране психического здоровья, Каир, Египет
д-р Abra Fransch	WONCA, Хараре, Зимбабве
д-р Gregory Fricchione	Центр Картера, Атланта, США
д-р Michael Friedman	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
г-жа Diane Froggatt	Исполнительный директор Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Торонто, пров. Онтарио, Канада
г-н Gary Furlong	Участковый центр здоровья «Метро», Монреаль, Канада
д-р Vijay Ganju	Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья, Александрия, штат Виргиния, США
г-жа Reine Gobeil	Больница г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Nacanieli Goneyali	Министерство здравоохранения, Сува, Фиджи
д-р Gaston Harnois	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, Сотрудничающий центр ВОЗ, пров. Квебек, Канада
г-н Gary Haugland	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yanling He	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Helen Herrman	Факультет психиатрии, Мельбурнский университет, Австралия

г-жа Karen Hetherington проф. Frederick Hickling	Сотрудничающий центр ВОЗ/ПАОЗ, Канада Сектор психиатрии, Университет Вест-Индии, Кингстон, Ямайка
д-р Kim Hopper	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Tae-Yeon Hwang	Директор Департамента реабилитации и оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства, Йонгван, Республика Корея
д-р A. Janca	Университет Западной Австралии, Перт, Австралия
д-р Dale L. Johnson	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам, Таос, штат Нью-Мексико, США
д-р Kristine Jones	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р David Musau Kiima	Руководитель Департамента охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения
г-н Todd Kriebel	Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
г-н John P. Kummer	Эквилибриум, Унтерэргери, Швейцария
проф. Lourdes Ladrado-Ignacio	Факультет психиатрии и поведенческой медицины, Медицинский колледж и Филиппинская больница общего профиля, Манила, Филиппины
д-р Pirkko Lahti	Генеральный секретарь/управляющий делами Всемирной федерации по охране психического здоровья и исполнительный директор Финской ассоциации по психическому здоровью, Хельсинки, Финляндия
г-н Eero Lahtinen	Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия
д-р Eugene M. Laska	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Eric Latimer	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Ian Lockhart	Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка
д-р Marcelino López	Научные исследования и оценка, Андалусский фонд поддержки социальной интеграции психически больных, Севилья, Испания
г-жа Annabel Lyman	Отдел поведенческого здоровья, Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Ma Hong	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р George Mahy	Университет Вест-Индии, Сент-Майкл, Барбадос
д-р Joseph Mbatia	Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Танзания
д-р Céline Mercier	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Leen Meulenbergs	Бельгийский межуниверситетский центр по научным исследованиям и практике, охране здоровья и психобиологическим и психосоциальным факторам, Брюссель, Бельгия
д-р Harry I. Minas	Центр международного психического здоровья и транскulturологической психиатрии, Больница Сент-Винсент, Фицрой, штат Виктория, Австралия
д-р Alberto Minoletti	Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили
д-р P. Mogue	Министерство здравоохранения, Мозамбик
д-р Paul Morgan	SANE, Южный Мельбурн, штат Виктория, Австралия
д-р Driss Moussaoui	Университет психиатрии, Касабланка, Марокко
д-р Matt Muijen	Центр охраны психического здоровья Сейнсбери, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Carmine Munizza	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
д-р Shisram Narayan	Больница Сент-Джайлз, Сува, Фиджи
д-р Sheila Ndyabangi	Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда
д-р Grayson Norquist	Национальный институт психиатрии, Бетезда, штат Мэриленд, США
д-р Frank Njenga	Председатель Кенийской ассоциации психиатров, Найроби, Кения

д-р Angela Ofori-Atta	Отдел клинической психологии, Медицинская школа Университета Ганы, Корле-Бу, Гана
проф. Mehdi Paes	Психиатрическая больница при Университете Аррази, Сале, Марокко
д-р Rampersad Parasram	Министерство здравоохранения, Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго
д-р Vikram Patel	Центр «Сангат», штат Гоа, Индия
д-р Dixianne Penney	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yogan Pillay	Проект «Эквити», Претория, Южная Африка
д-р M. Pohanka	Министерство здравоохранения, Чешская Республика
д-р Laura L. Post	Службы психиатрической помощи Марианских островов, Сайпан, США
д-р Prema Ramachandran	Плановая комиссия, Нью-Дели, Индия
д-р Helmut Remschmidt	Департамент детской и подростковой психиатрии, Марбург, Германия
проф. Brian Robertson	Факультет психиатрии, Кейптаунский университет, Южная Африка
д-р Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Коста-Рика
д-р Agnes E. Rupp	Руководитель Научно-исследовательской программы по экономике охраны психического здоровья, NIMH/NIH, США
д-р Ayesh M. Sammour	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, сектор Газа
д-р Aive Sarjas	Министерство социального обеспечения, Таллин, Эстония
д-р Radha Shankar	AASHA (проект «Хоуп»), Ченнаи, Индия
д-р Carole Siegel	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
проф. Michele Tansella	Факультет медицины и общественного здравоохранения, Веронский университет, Италия
г-жа Mrinali Thalgodapitiya	Исполнительный директор, NEST, Хендала, Ватала, пров. Гампаха, Шри-Ланка
д-р Graham Thornicroft	Директор, PRISM, Институт психиатрии Модсли, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Giuseppe Tibaldi	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
г-жа Clare Townsend	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowoing Qld, Австралия
д-р Gombodorjiin Tsetsegdary	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монголия
д-р Bogdana Tudorache	Президент Румынской лиги по психическому здоровью, Бухарест, Румыния
г-жа Judy Turner-Crowson	Бывший Председатель Всемирной ассоциации по психосоциальной реабилитации (WAPR), Комитет содействия WAPR, Гамбург, Германия
г-жа Pascale Van den Heede	Организация «Mental Health Europe», Брюссель, Бельгия
г-жа Marianna Várfalvi-Bognarne	Министерство здравоохранения, Венгрия
д-р Uldis Veits	Рижский муниципальный комитет по здравоохранению, Рига, Латвия
г-н Luc Vigneault	Ассоциация групп, отстаивающих право населения пров. Квебек на охрану психического здоровья, Канада
д-р Liwei Wang	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xiangdong Wang	И.о. регионального советника по психическому здоровью, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Манила, Филиппины
проф. Harvey Whiteford	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowoing Qld, Австралия
д-р Ray G. Xerri	Министерство здравоохранения, Флориана, Мальта
д-р Xie Bin	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xin Yu	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Shen Yucun	Институт охраны психического здоровья, Пекинский медицинский университет, Китайская Народная Республика

д-р Taintor Zebulon

Президент WAPR, факультет психиатрии, Медицинский
центр Нью-Йоркского университета, штат Нью-Йорк, США

ВОЗ также выражает признательность за щедрую финансовую помощь, которую оказали правительства Австралии, Италии, Нидерландов, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии, а также Фонд «Эли Лилли и Компания» и европейское отделение компании «Джонсон и Джонсон», занимающееся благотворительной деятельностью.

“Финансирование является мощным инструментом создания высококачественной системы охраны психического здоровья. Без адекватного финансирования политика и планирование охраны психического здоровья остаются лишь благими пожеланиями и добрыми намерениями.”

Содержание

Предисловие	x
Краткое резюме	2
Цели и целевая аудитория	7
1. Введение	8
2. Этапы финансирования охраны психического здоровья	13
Этап 1. Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения	13
Этап 2. Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования	19
Этап 3. Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья	27
Этап 4. Выделение средств на решение приоритетных задач планирования	31
Этап 5. Разработка бюджета для управления и отчетности	38
Этап 6. Финансирование как средство оптимизации результативности и эффективности работы служб охраны психического здоровья	43
Этап 7. Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья	47
Этап 8. Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии	50
3. Препятствия в области финансирования охраны психического здоровья и пути их преодоления	53
4. Рекомендации и выводы	55
Основные определения	59
Дополнительная литература	59
Библиография	61

Данный модуль является составной частью рекомендуемого ВОЗ Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, в котором представлена полезная информация для стран в целях улучшения охраны психического здоровья своего населения.

С какой целью разработан Свод методических рекомендаций?

Цель составления Свода методических рекомендаций заключается в оказании помощи лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию при выполнении ими следующих задач:

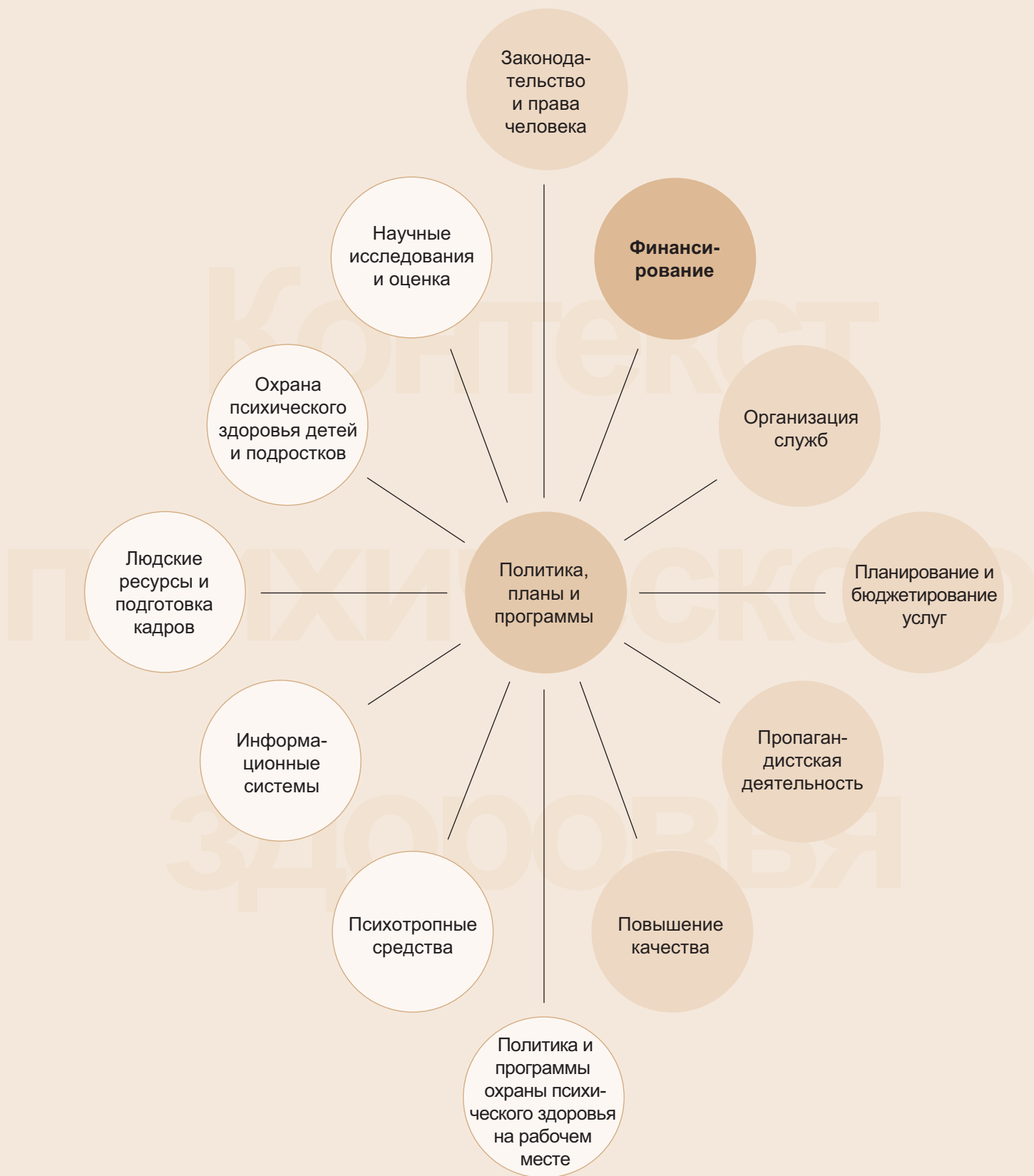
- разработка политики и всеобъемлющих стратегий по укреплению психического здоровья разных групп населения;
- использование существующих ресурсов для достижения наиболее оптимальных результатов;
- повышение эффективности услуг всем нуждающимся в помощи;
- оказание помощи людям с психическими расстройствами при их реинтеграции во все сферы жизни общества и содействие тем самым всестороннему улучшению качества жизни таких групп населения.

Что входит в предлагаемый Свод методических рекомендаций?

Свод методических рекомендаций состоит из нескольких тематически связанных и удобных для пользователя модулей для решения широкого спектра задач и приоритетных проблем, возникающих при формировании политики и планировании услуг в области психического здоровья. Тематика каждого модуля представляет собой один из ключевых аспектов охраны психического здоровья. В вводном модуле под названием «*Контекст психического здоровья*» дается описание глобального контекста психического здоровья и краткое содержание всех остальных модулей. Этот модуль должен не только дать читателям общее представление о глобальном контексте психического здоровья, но и оказать им помощь в выборе наиболее подходящих модулей с учетом сложившейся на местах ситуации. Модуль «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*» является основным, и в нем представлена подробная информация о процессе разработки политики и методах ее реализации посредством соответствующих планов и программ. После ознакомления с этим модулем специалисты в странах могут обратиться к конкретным аспектам психического здоровья, о которых говорится в других модулях.

Свод практических рекомендаций включает в себя следующие модули:

- > Контекст психического здоровья
- > Политика, планы и программы в области психического здоровья
- > Финансирование охраны психического здоровья
- > Законодательство в области психического здоровья и права человека
- > Пропаганда актуальности охраны психического здоровья
- > Организация служб охраны психического здоровья
- > Повышение качества охраны психического здоровья
- > Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья



● подлежат разработке в дальнейшем

Работа над представленными ниже модулями еще не завершена, однако они будут включены в Свод методических рекомендаций по мере его окончательного формирования:

- > Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования
- > Информационные системы по психическому здоровью
- > Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья
- > Охрана психического здоровья детей и подростков
- > Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья
- > Политика и программы охраны психического здоровья на рабочем месте

Для кого предназначен Свод методических рекомендаций?

Вышеперечисленные модули могут представлять интерес для:

- лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию здравоохранения;
- органов государственной власти на федеральном, областном/региональном и местном уровнях;
- специалистов по лечению психических заболеваний;
- групп, представляющих интересы людей с психическими расстройствами;
- представителей или ассоциаций семей и лиц, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами;
- организаций, отстаивающих интересы и права лиц, страдающих психическими расстройствами, их близких и членов их семей;
- неправительственных организаций, вовлеченных в процесс оказания услуг в области психического здоровья или заинтересованных в проведении такой работы.

Как пользоваться данными модулями на практике?

– Любой модуль можно использовать **отдельно или вместе с другими модулями**. Для удобства пользователей в модулях приводятся перекрестные ссылки. Специалисты в странах могут приступить к систематическому изучению всех модулей или выбрать для себя определенный модуль, если есть необходимость в более пристальном изучении конкретной тематики в области психического здоровья. Например, страны, для которых актуальны вопросы законодательства по охране психического здоровья, могут начать работу с модулем «*Законодательство в области психического здоровья и права человека*».

– Модули могут использоваться в качестве **набора учебно-методических материалов** лицами, формирующими политику в области психического здоровья, специалистами по планированию, организации, оказанию и финансированию служб охраны психического здоровья. Представленные материалы можно использовать как учебные пособия в университетах или колледжах. Профессиональные ассоциации могут воспользоваться данным Сводом методических рекомендаций в качестве вспомогательного материала для подготовки специалистов, работающих в системе охраны психического здоровья.

– Модули могут быть положены в основу **технических консультаций**, осуществляемых различными международными и национальными организациями при оказании помощи странам, которые ставят перед собой задачу реформирования существующей политики и/или системы оказания услуг в области психического здоровья.

– Модули могут стать **инструментом пропаганды** при проведении разъяснительной работы с потребителями услуг, членами семей и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья. Они содержат полезную информацию для сети санитарного просвещения и более широкого ознакомления политиков, лиц, формирующих общественное мнение, других категорий медработников и населения в целом с проблемой психических расстройств и работой служб охраны психического здоровья.

Формат модулей

В каждом модуле четко изложены его цели и обозначена целевая аудитория, для которой он предназначен. Для удобства использования и внедрения в странах методических рекомендаций формат любого модуля предполагает поэтапное описание действий. Названные рекомендации не являются обязательными к исполнению, и их не следует истолковывать однозначно, – поэтому странам рекомендуется адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств. С этой целью во всех модулях приводятся примеры практического применения изложенного материала.

Каждый модуль содержит большое количество перекрестных ссылок. В ходе ознакомления с одним модулем может возникнуть потребность (при наличии ссылок на другие модули) в получении дополнительной информации.

Все модули необходимо рассматривать в свете политики ВОЗ, направленной на предоставление основной части услуг в области психического здоровья в учреждениях общей лечебной сети и по месту жительства. Охрана психического здоровья населения, несомненно, является межсекторальной проблемой и предполагает коллективные усилия со стороны органов образования и обеспечения занятости населения, жилищного сектора, а также четкую работу социальных служб и системы уголовного судопроизводства. При разработке политики в области охраны психического здоровья и организации работы соответствующих служб необходимо самым серьезным образом прислушиваться к мнению организаций потребителей услуг психиатрии и членов их семей.

Д-р Michelle Funk

Д-р Benedetto Saraceno

ФИНАНСИРОВАНИЕ
ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

Введение

Финансирование является основополагающим фактором создания эффективной системы охраны психического здоровья. Оно служит механизмом, позволяющим претворять политику и планы по охране психического здоровья в жизнь за счет выделения необходимых ресурсов. Без адекватного финансирования планирование в области охраны психического здоровья остается лишь благим пожеланием и добрым намерением. Финансирование является ресурсной базой для оказания медицинских услуг населению, подготовки и трудоустройства медицинского персонала, развития инфраструктуры и внедрения новых технологий.

Для оптимального финансирования лица, формирующие политику охраны психического здоровья, и специалисты по планированию должны найти ответы на следующие вопросы.

- > Как мобилизовать ресурсы, необходимые для планового реформирования охраны психического здоровья, включая службы охраны психического здоровья и лечебную инфраструктуру?
- > Как добиться мобилизации финансовых средств и организовать оказание психиатрических услуг населению исходя из имеющихся потребностей и приоритетов?
- > Каким образом осуществлять контроль за стоимостью лечения?

Данный модуль служит практическим руководством по финансированию охраны психического здоровья, которое происходит в сложных политических и экономических условиях и часто в контексте финансирования системы здравоохранения в целом. Во многих странах финансирование охраны психического здоровья осуществляется в рамках общих расходов на здравоохранение и не выделяется отдельной строкой. В таких случаях оно обусловлено или определяется общими задачами в сфере общественного здравоохранения.

Так как финансирование охраны психического здоровья происходит в рамках более широкого контекста, данный материал перекликается с другими модулями Свода методических рекомендаций. Выполнение задач, описанных в этих модулях, непосредственно зависит от вопросов финансирования.

Цели данного модуля заключаются в:

- (1) разработке концептуальной основы для решения основных вопросов, относящихся к финансированию охраны психического здоровья;
- (2) описании поэтапного подхода к решению данных вопросов, исходя из необходимости адаптации предлагаемых подходов к конкретной ситуации в отдельно взятой стране;
- (3) применении концептуальных подходов на практике при проведении мероприятий, описанных в других модулях.

Системный подход к вопросам финансирования охраны психического здоровья можно представить в форме следующих этапов.

Этап 1. Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения

Первый этап заключается в анализе общей ситуации в области финансирования системы здравоохранения, в рамках которой осуществляется оказание психиатрической помощи населению.

- > У правительства есть различные механизмы по повышению доходной базы: налоги, платежи потребителей, государственное страхование, помощь в виде грантов и заимствования. Система здравоохранения может также совместно финансироваться федеральным и региональным (или провинциальным) правительством. В некоторых странах налоги собираются в федеральный бюджет, однако ответственность за работу системы здравоохранения лежит на местных органах власти.
- > Существуют три схемы финансирования лечения: частные индивидуальные платежи, частные коллективные платежи и государственное финансирование.

- > Финансирование охраны психического здоровья осуществляется через налогообложение, схемы социального страхования и частные индивидуальные платежи.
- > Лица, страдающие психическими заболеваниями, обычно имеют более низкий доход, чем все остальное население. У них меньше возможностей и желания получить медицинскую помощь из-за предрассудков и стигматизации, а также предыдущего отрицательного опыта лечения в психиатрических учреждениях. В этой связи оплата психиатрического лечения из собственного кармана или бюджета семьи представляет для больного более серьезную проблему, чем оплата лечения тяжелых физических недугов. Механизмы по более широкому применению долевого предоплаты, особенно для дорогостоящих или повторных схем лечения, способны оптимизировать расходы на охрану психического здоровья и получить дополнительные средства для лечения психических и поведенческих расстройств.
- > Там, где это возможно, правительство должно обеспечить обязательное страхование охраны психического здоровья либо через механизмы налогообложения на федеральном уровне, либо через систему социального страхования. Однако во многих странах, и далеко не самых бедных, обязательное страхование охраны психического здоровья остается несбыточной мечтой. В странах с высоким уровнем дохода на душу населения, даже при наличии системы обязательного медицинского страхования, могут существовать определенные ограничения. В большинстве стран с низким уровнем дохода на душу населения страховые схемы либо не охватывают все население, либо вообще отсутствуют.

Этап 2. Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования

Инвентаризация системы охраны психического здоровья и ее текущего ресурсного обеспечения является важнейшим этапом анализа системы финансирования охраны психического здоровья.

- > Следует подвергнуть инвентаризации расходы на поддержание инфраструктуры и административные издержки, особенно затраты на проведение политики в области охраны психического здоровья, обслуживание населения и соответствующей инфраструктуры.
- > В рамках этой инвентаризации необходимо определить и составить список финансируемой инфраструктуры: больниц, помощи на дому, амбулаторных услуг, информационных и административных систем обеспечения.
- > Источники финансирования различных типов инфраструктуры определяются на основе имеющейся информации. Помимо этого, могут потребоваться межсекторальные источники.
- > Источники финансирования необходимо классифицировать по типу финансирования, а также по принадлежности к сектору или организации, предоставившей финансовые средства.
- > Достоверная информация о наличии источников финансирования и потребности в ресурсах, необходимых для оказания различных психиатрических услуг населению позволит лучше использовать возможности для поиска дополнительных ресурсов и выявления существующих ограничений в области финансирования.

Этап 3. Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья

Развитие ресурсной базы для финансирования охраны психического здоровья необходимо начинать с анализа причин недостаточного выделения средств.

- > Среди множества факторов недостаточного финансирования можно отметить следующие: слабое экономическое развитие той или иной страны; недостаточное понимание важности проблем охраны психического здоровья и их последствий; нежелание или неспособность больных с психическими расстройствами (или членов их семей) платить за лечение; неспособность лиц, формирующих политику, понять, что необходимо предпринять для профилактики и лечения психических расстройств, исходя из широко распространенного мнения, что финансирование других секторов здравоохранения является более актуальным для общества.
- > Развитие ресурсной базы может осуществляться через политические инициативы, как описано в других модулях данного руководства.
- > Развитие ресурсной базы можно также осуществлять через финансовые механизмы, такие как предоставление первоначального капитала для инновационных проектов и включение статьи по развитию ресурсов для охраны психического здоровья в пакет по финансированию здравоохранения.

Этап 4. Выделение средств на решение приоритетных задач планирования

- > При выделении средств необходимо исходить из приоритетов планирования и политики охраны психического здоровья.
- > Финансирование регионов осуществляется исходя из доходов на душу населения, хотя такой метод не учитывает различия в уровне распространенности психических заболеваний (у малоимущих граждан отмечается более высокий уровень распространенности по сравнению с более обеспеченной частью населения), наличие ресурсов (в одних областях средств на охрану психического здоровья больше, чем в других), и факторы доступности (в отдаленных и сельских областях у населения может быть больше проблем с доступом к медицинским услугам, чем в больших городах). При проведении планирования данные факторы необходимо принимать во внимание для разработки стратегий по финансированию охраны психического здоровья как на общегосударственном, так и на местном уровне.
- > Финансирование регионов также должно осуществляться в соответствии со стратегиями по децентрализации служб охраны психического здоровья или делегирования полномочий на местный уровень. В этой связи должно быть уделено внимание развитию навыков управления и оказанию поддержки службам охраны психического здоровья по месту жительства, так как их роль в оказании психиатрической помощи населению будет неуклонно возрастать.
- > Выделение ресурсов на проведение отдельных мероприятий и финансирование отдельных видов вмешательств должны проводиться исходя из ориентировки на целевые группы и определенные типы услуг. Потребность в них выявляется на стадии планирования, когда на основе имеющихся данных прогнозируется, какие услуги являются наиболее экономически эффективны для решения конкретных проблем отдельных групп населения.
- > Один из подходов по развитию служб охраны психического здоровья по месту жительства заключается в переводе им средств, предназначенных для психиатрических клиник. Однако для подобных реформ необходимо провести количественную оценку потребности в больничных койках по мере дальнейшего становления служб охраны психического здоровья по месту жительства. На начальном этапе может потребоваться двойное финансирование, которое сможет гарантировать лечение по месту жительства пациентов, выписанных из психиатрических клиник. Более того, подобный процесс не может быть постоянным, поскольку ресурсы могут переводиться на места только после закрытия отдельных отделений в психиатрических клиниках и сокращения медицинского персонала.

Этап 5. Разработка бюджета для управления и отчетности

- > Бюджет является планом, служащим для достижения поставленных целей, выраженных в денежных единицах. Планирование должно стать приводным ремнем бюджетного процесса. Слишком часто, к сожалению, планирование и разработка бюджета осуществляется отдельно друг от друга, когда поставленные цели не подкреплены соответствующими финансовыми ресурсами.
- > Бюджет служит четырем целям: разработке политики, осуществлению планирования, проведению контроля и организации учета при лечении психических заболеваний.
- > Существует четыре типа бюджета: общий бюджет, постатейный или целевой бюджет, бюджет, ориентированный на результаты, и нулевой бюджет, когда смета составляется с нуля, а не от достигнутых результатов. Иногда не всегда удается определить, какой тип бюджета будет использоваться в процессе планирования, хотя важно знать основные преимущества и недостатки каждого.
- > Бюджет должен быть нацелен на приоритеты осуществления планирования и проведения политики и не должен быть ограничен рамками оказания каких-либо конкретных услуг. К приоритетным направлениям относятся разработка политики, планирование и пропаганда ценностей психического здоровья.
- > Один из подходов по продвижению новых идей заключается в создании специального инновационного фонда психического здоровья. Он может стать источником финансирования демонстрационных и экспериментальных проектов, которые, несмотря на свою мелкомасштабность, способны оказать большое воздействие на реформирование системы охраны психического здоровья и повысить качество предлагаемых услуг.
- > Таким образом, бюджет является нечто большим, чем просто проектом стоимости предоставляемых медицинских услуг. Это прежде всего инструмент по созданию стандартов лечения для медицинских учреждений, средство мотивации медицинского персонала для достижения поставленных целей и механизм проведения мониторинга и оценки работы различных структурных компонентов системы.

Этап 6. Финансирование как средство оптимизации результативности и эффективности работы служб охраны психического здоровья

> Отношения между сторонами, финансирующими и оказывающими медицинские услуги, можно свести к трем основным типам: денежное возмещение за предоставленные услуги, заключение контракта и интегрированная модель, при которой сторона, финансирующая медицинские услуги, одновременно является их поставщиком. В этом случае отсутствует дихотомия между стороной, финансирующей оказание медицинских услуг, и стороной, их предоставляющей. Интегрированная модель является довольно распространенной, но в большинстве стран используются несколько схем финансирования одновременно. Кроме того, следует отметить, что модели финансирования могут меняться внутри страны в зависимости от обстоятельств.

> Финансирование услуг может осуществляться из средств общего бюджета здравоохранения (например, покупка услуг для определенного контингента населения), на основе подушной оплаты (определенная группа населения имеет право на получение услуг), базовой ставки (например, для реципиентов конкретных услуг) и гонорара за обслуживание (гонорар, который получает врач от пациента или страховой компании).

> Каждый метод финансирования медицинских услуг имеет свои преимущества, что позволяет правительству (или покупателю) принять решение о целесообразности использования того или иного механизма.

Этап 7. Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья

Эффективность работы механизма финансирования во многом зависит от структуры управления, в которой данный механизм будет функционировать, а также от качества используемой информации. К наиболее важным сферам относятся:

- управление/структура финансирования услуг;
- информационные системы;
- оценка и анализ экономической эффективности;
- обмен информацией и участие основных заинтересованных сторон.

Этап 8. Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии

Механизмы финансирования могут использоваться для реорганизации существующей системы и внедрения новых методов. К финансовым и бюджетным факторам, способным перенести центр тяжести обслуживания населения с психиатрических клиник на службы охраны психического здоровья по месту жительства, относятся:

- гибкость бюджета;
- перенос основного объема финансирования на службы охраны психического здоровья по месту жительства;
- финансовые стимулы;
- координация процесса финансирования между министерствами и ведомствами.

Для интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи необходимы гарантии адекватного финансирования охраны психического здоровья. Службы охраны психического здоровья могут быть обделены необходимым вниманием со стороны государства, что, как правило, приводит не к увеличению объема финансирования, а к его понижению. Подобную ситуацию возможно предотвратить следующими действиями:

- отслеживанием средств, выделяемых на охрану психического здоровья;
- разработкой статей бюджета на финансирование специализированных услуг для больных, страдающих психическими заболеваниями;
- установлением и поддержанием должного уровня финансирования служб охраны психического здоровья.

Необходимо также иметь определенные финансовые возможности для внедрения новых технологий в рамках демонстрационных и пилотных проектов.

Выводы и руководство к действию

1. Добейтесь достижения широкого консенсуса по вопросам охраны психического здоровья, так как это наиболее приоритетная задача

Принятие решений по финансированию охраны психического здоровья основано на мероприятиях, описанных в других модулях, например «Законодательство в области психического здоровья и права человека»; «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья»; «Политика, планы и программы в области психического здоровья» и «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья». Это позволяет заинтересованным сторонам достигнуть консенсуса по ключевому аспекту: удовлетворение потребностей служб охраны психического здоровья является важной социальной задачей, решить которую невозможно без соответствующего финансирования.

Первым шагом в сфере финансирования должно стать создание коалиции, в которой существует консенсус по решению ключевых проблем охраны психического здоровья. Это позволит заложить основу для пропаганды ценностей психического здоровья, которая даст возможность решать вопросы, связанные с **созданием законодательной базы, разработкой политики и финансированием** психиатрической помощи параллельно, а не в отдельности друг от друга. Финансирование в конечном итоге зависит от политики, пропаганды ценностей психического здоровья и значительных социальных ожиданий.

2. Определите приоритеты в сфере финансирования

В каждой стране есть своя собственная отправная точка для повышения эффективности лечения психических заболеваний, а также свои приоритеты и сложности на пути достижения поставленных целей. Это относится как к развитым, так и к развивающимся странам. С одной стороны, в богатых государствах, где существует система специальных принудительных лечебных учреждений, основные вопросы финансирования будут сводиться к переводу средств для лечения психических заболеваний из системы психиатрических клиник в службы охраны психического здоровья по месту жительства. С другой стороны, в некоторых развивающихся государствах система оказания психиатрической помощи может просто отсутствовать, и в подобных ситуациях потребуется начальное финансирование демонстрационных проектов.

Странам, которые только начали создавать свою систему охраны психического здоровья, основное внимание необходимо уделить развитию инфраструктуры, включая разработку законодательства, плана и бюджета для поддержания проводимых мероприятий. Для подобной деятельности первоначальный капитал можно получить у Всемирного банка и других донорских организаций. Цель первоначального финансирования заключается в разработке законов и политики, защищающих права личности, а также в подготовке широких структурных преобразований, которые должны стать частью создаваемой инфраструктуры системы охраны психического здоровья. После закладки подобного фундамента вопросы финансирования служб охраны психического здоровья перейдут в более конкретную плоскость.

3. Включите финансирование охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения

Основной аспект финансирования, особенно в странах со слабо развитой системой охраны психического здоровья, заключается в гарантии финансирования психиатрической помощи населению из общего бюджета здравоохранения и выделения специальных средств на нужды психиатрии, связанные с другими медико-санитарными мероприятиями. Для выделения таких средств необходима информация о количестве лет жизни, утраченных в результате инвалидности, и о количестве психических расстройств с сочетанными физическими заболеваниями, такими как болезни сердца, диабет и т. д.

4. Определите, что в данном модуле, может оказаться наиболее полезным для вашей страны

Каждый этап, представленный в данном документе, является рекомендацией к действию. Эффективность действий будет зависеть от конкретных, определенных на этапе разработки политики планов и задач, а также от проблем, с которыми сталкивается каждая страна. Резюмируя, можно сделать вывод, что каждой стране необходимо решать проблемы, описанные во всех разделах модуля, хотя уровень детализации проводимых мероприятий будет зависеть от конкретной ситуации.

Цели и целевая аудитория

Цели

Данный модуль является практическим руководством для оказания помощи странам в вопросах финансирования охраны психического здоровья. Цели данного модуля заключаются в:

- (1) разработке концептуальной основы по основным вопросам, относящимся к финансированию охраны психического здоровья;
- (2) разработке поэтапного подхода к решению основных вопросов финансирования с учетом его последующей адаптации к конкретной ситуации в каждой стране;
- (3) координации вопросов финансирования с мероприятиями по реформированию системы охраны психического здоровья, описанными в других модулях.

В разделе «Введение» подчеркивается, что финансирование является основной движущей силой, которую необходимо объединить с разработкой политики в области охраны психического здоровья и планированием. Для оказания помощи странам по повышению эффективности финансирования разработаны соответствующие мероприятия.

Данные мероприятия не являются директивными и обязательными к исполнению. Цель разработчиков заключалась в определении главных проблем, связанных с вопросами финансирования, которые необходимо решить для создания и нормального функционирования системы охраны психического здоровья, которая отвечает потребностям населения и позволяет добиваться желаемых результатов лечения.

Целевая аудитория

Данный модуль предназначен для:

- > руководства служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию, которые несут прямую ответственность за планирование и создание системы охраны психического здоровья;
- > лиц, формирующих политику здравоохранения, которым необходимо иметь четкое представление об основных вопросах, относящихся к финансированию служб охраны психического здоровья и их инфраструктуры;
- > лиц, страдающих психическими расстройствами, членов их семей и организаций, пропагандирующих ценности психического здоровья, для более четкого представления о финансовой составляющей процесса лечения;
- > поставщиков услуг, медицинского персонала и других заинтересованных сторон для более полного понимания вопросов, связанных с финансированием системы, в работе которой они принимают непосредственное участие.

В конечном итоге, финансирование включает разработку политики по охране психического здоровья, вопросы планирования, экономические аспекты лечения и отчетность. Информация модуля может стать руководством к действию и не претендует на абсолютное знание в данной области.

1. Введение

Адекватное и устойчивое финансирование является важнейшим фактором организации эффективной системы оказания психиатрических услуг населению. Финансирование служит инструментом претворения планов и политики в жизнь благодаря выделению соответствующих ресурсов. Без адекватного финансирования любые планы останутся лишь благими пожеланиями и добрыми намерениями. И наоборот, соответствующее финансирование позволяет создать ресурсную базу для лечения и обслуживания населения, подготовки специалистов и распределения их по службам охраны психического здоровья, а также создать необходимую инфраструктуру и внедрить новые методы лечения. Финансирование является основанием, на котором выстраиваются все остальные критические звенья системы.

Само по себе финансирование является не только приводным ремнем системы охраны психического здоровья, но и мощным инструментом для разработки и формирования рынка медицинских услуг в области охраны психического здоровья и оценки эффективности его работы. Существует скрытая опасность, что в случае неправильного или непродуманного использования данного инструмента ожидаемые цели и результаты не могут быть достигнуты. Опыт показывает, что отсутствие должного внимания к финансовым вопросам может привести к непредсказуемым последствиям, способным стать серьезным препятствием на пути к достижению поставленных целей.

Для обеспечения финансирования охраны психического здоровья, лица, формирующие политику, и специалисты по планированию должны найти ответы на следующие основные вопросы.

- Каким образом осуществить мобилизацию достаточных средств для финансирования планов по охране психического здоровья, включая оказание услуг населению и развитие соответствующей инфраструктуры?
- Каким образом осуществлять выделение данных средств и как должна быть организована система оказания психиатрических услуг, чтобы удовлетворить существующие потребности и решить приоритетные задачи?
- Как осуществлять контроль за стоимостью лечения?

В данном модуле представлена методология решения проблем на основе систематического поэтапного подхода. На начальном этапе важно иметь четкое понимание основных проблем, связанных с финансированием охраны психического здоровья, главных тем данного модуля и неразрывной связи вопросов финансирования с планированием и разработкой политики охраны психического здоровья.

Финансовые проблемы

К многоплановым проблемам финансирования охраны психического здоровья можно отнести следующие: диспаритет в финансировании между богатыми и бедными странами; отсутствие данных по финансированию; разная степень контроля со стороны лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию процесса финансирования охраны психического здоровья; различные уровни развития систем оказания психиатрической помощи населению в странах мира.

Что касается диспаритета в ресурсном обеспечении, то согласно последним оценкам почти 90% всех расходов на здравоохранение в мире приходится на страны с высоким уровнем дохода на душу населения (свыше 8500 долл. США), где проживает лишь 16% от всей численности населения планеты (Schieber & Maeda, 1997). Значительный разрыв в ресурсном обеспечении между странами с низким и средним уровнями дохода на душу населения свидетельствует о разных возможностях в материальном обеспечении лечения психических заболеваний.

Вторая проблема связана с неполнотой данных по расходам на охрану психического здоровья или их отсутствием. Несмотря на усилия по созданию национальных систем учета в сфере здравоохранения, во многих странах отсутствует базовая информация, необходимая для оценки формирования и использования ресурсной базы для финансирования охраны психического здоровья. Без подобной информации лицам, формирующим политику здравоохранения, и специалистам по планированию сложно оценить результаты в сфере охраны психического здоровья и определить, какие решения с большей долей вероятности способны гарантировать принцип справедливости при оказании медицинской помощи, повысить ее результативность и принести большую отдачу от вложенных средств.

Финансирование служит инструментом претворения планов и политики в жизнь.

Финансирование должно стать неотъемлемой частью планирования и разработки политики охраны психического здоровья.

При решении данных вопросов лица, формирующие политику охраны психического здоровья, и специалисты по планированию сталкиваются с рядом определенных проблем.

Проблема диспаритета в финансировании.

Проблема отсутствия данных.

Финансирование охраны психического здоровья обычно осуществляется в рамках общего бюджета здравоохранения. Решение о таком финансировании может вообще не рассматриваться лицами, формирующими политику охраны психического здоровья, и специалистами по планированию, так как финансирование данной области тесно привязано к общему бюджету здравоохранения и во многом определяется наличием бюджетных средств. В подобной ситуации сложно найти модели финансирования охраны психического здоровья, которые не зависели бы от финансирования здравоохранения в целом.

Следующая проблема, неразрывно связанная с предыдущей, заключается в отличии систем охраны психического здоровья, которые в различных странах могут находиться на разных стадиях развития. В одних странах подобные системы могут находиться в зачаточной стадии развития, в других – они могут быть достаточно сформированными, но несмотря на это, продолжать сталкиваться с проблемой недостатка ресурсов или фрагментации потоков финансирования.

Наконец, средства на здравоохранение преимущественно направляются в стационарные лечебные учреждения. В развивающихся странах большая часть средств расходуется на содержание клиник и зарплату медицинскому персоналу. Переадресация финансовых потоков от клиник на лечебные услуги по месту жительства может оказаться непростой задачей. Ощущается нехватка моделей финансирования по повышению качества оказываемых услуг и модернизации инфраструктуры, особенно в тех случаях, где сложно сразу получить ощутимые результаты.

Несмотря на существующие сложности лица, формирующие политику охраны психического здоровья, и специалисты по планированию могут предпринимать различные действия, связанные с финансированием данного сектора с целью поддержания, развития и претворения в жизнь планов по охране психического здоровья населения. В данном модуле представлены основные схемы финансирования служб охраны психического здоровья.

Темы модуля

Через данный модуль проходит несколько тем, которые служат базисом для предложенных мероприятий.

- *Политика финансирования может приносить ощутимые результаты только при наличии политической воли для создания сектора охраны психического здоровья или повышения эффективности его работы.* Финансирование – инструмент политики, а не самоцель.
- *Финансирование не является автономным и независимым процессом.* Финансовые реформы неразрывно связаны и находятся в зависимости от других механизмов. Финансирование тесно связано с политикой охраны психического здоровья и функциями планирования. Многие поставленные цели можно достичь, используя схемы, описанные в других модулях, например «Законодательство в области психического здоровья и права человека»; «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья»; «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья»; «Политика, планы и программы в области психического здоровья».
- *При осуществлении финансирования необходимо уделять внимание разработке и применению планов и политики в области психического здоровья, а не направлять все средства только на услуги здравоохранения.* Многие шаги, предложенные в данном модуле, связаны с развитием и повышением качества услуг, что, в свою очередь, требует надежной инфраструктуры. Сюда относятся разработка политики охраны психического здоровья, планирование, повышение качества, разработка законодательных актов, пропаганда ценностей психического здоровья и создание информационных систем. Финансирование работ в данной сфере должно быть открытым и прозрачным.
- *Финансовые стимулы должны быть переориентированы на приоритеты политики и планирования, а также на повышение качества.* Решения по финансированию и финансовому стимулированию должны приниматься исходя из того, насколько они способствуют достижению поставленных приоритетных целей и повышают качество лечения психических расстройств. Подобную методологию не обязательно применять на общегосударственном уровне, однако она может быть эффективна при работе с малыми проектами с целью реформирования системы в нужном направлении. В этой связи финансирование может открыть значительные возможности для развития служб охраны психического здоровья как в развитых, так и в развивающихся странах.

Финансирование охраны психического здоровья обычно осуществляется в рамках общего бюджета здравоохранения.

Серьезная проблема – отличие систем охраны психического здоровья.

Большинство имеющихся средств расходуется на стационарное лечение.

Несколько общих тем проходят через данный модуль.

Как финансирование соотносится с политикой и планированием?

Финансирование интегрировано и непосредственно связано с процессами планирования и разработки политики, описанных в других модулях. Финансирование является процессом исполнения политики и планирования: операционный бюджет должен служить механизмом претворения разработанных планов в жизнь. Полезно рассматривать подобные типы деятельности как часть интегрированного цикла планирования, составления бюджета и его исполнения в форме оказания услуг.

Таким образом, при разработке стратегического плана учитываются основные цели и задачи политики. План является важным средством достижения консенсуса всех заинтересованных сторон относительно концепции и целей политики, а также методов их достижения. Исходя из приоритетов и потребностей, отраженных в плане, формируется предварительный бюджет, который попадает на рассмотрение к тем, кто принимает главные решения. Часто имеют место случаи, когда реальные бюджетные ассигнования отличаются от предварительного бюджета. Впоследствии в бюджет могут быть внесены изменения с целью достижения поставленных приоритетных целей и задач. Операционный бюджет, который обычно составляется на определенный период, становится ресурсной базой для всей системы в целом. Для достижения поставленных целей необходимо выделять соответствующие средства регионам, секторам обслуживания и поставщикам медицинских услуг. Мониторинг за освоением выделенных средств является обязательным и служит для проведения оценки выполнения намеченного плана. Все это, вместе с другими факторами внешнего воздействия, становится основой финансового цикла, представленного на Рисунке 1.

Рисунок 1. Финансирование системы охраны психического здоровья: цикл планирования, составления и исполнения бюджета



Хотя Рисунок 1 может не отражать реального процесса формирования бюджета в конкретной стране, он наглядно иллюстрирует отношения между бюджетными процессами, политикой и планированием. Финансирование – логическое продолжение и оперативная система политики и процесса планирования. Оно является проявлением политической воли и служит обязательством по достижению поставленных целей и реализации планов в сфере охраны психического здоровья.

Финансирование – логическое продолжение политики и ее оперативная система.

Отсутствие координации и взаимодействия между вышеуказанными процессами может привести к неправильному пониманию целей и направления формирования политики. В таких случаях финансирование становится ведущим фактором, определяющим развитие системы охраны психического здоровья, а не средством разработки политики и планирования. Данный аспект является очень важным: общий объем имеющихся ресурсов, стратегии распределения средств и система стимулирования, прямая или косвенная, в конечном итоге будет оказывать непосредственное воздействие на службы охраны психического здоровья. Финансовые механизмы должны служить поддержкой процесса планирования и определения приоритетов, а не становиться де факто политикой в данной области.

Например, во многих странах финансирование охраны психического здоровья определяется целями и задачами финансирования здравоохранения в целом. Данные цели могут значительно варьироваться. Основная цель может заключаться в осуществлении контроля за расходами на здравоохранение, а не в создании ресурсной базы. В последние 20 лет подобная ситуация возникала даже в самых богатых странах. Даже в случае признания недостаточности объема финансирования охраны психического здоровья подобная ситуация может негативно сказаться на процессе финансирования лечения психических заболеваний в целом.

Финансирование как инструмент осуществления политики: основные принципы

Исходя из того, что финансирование является инструментом осуществления политики и реализации планирования, а не наоборот, необходимо определить основные принципы, на которых будет базироваться финансирование охраны психического здоровья. В большинстве стран самую серьезную озабоченность вызывают четыре области: доступ к медицинскому обслуживанию, качество обслуживания, результаты лечения и эффективность предоставляемых услуг. В этой связи возникают следующие вопросы:

- Получают ли пациенты, нуждающиеся в лечении необходимый пакет услуг? (ДОСТУП)
- Соответствуют ли оказываемые услуги необходимому уровню качества? (КАЧЕСТВО)
- Улучшается ли психическое состояние пациентов после лечения? (РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ)
- Предоставляются ли оказываемые услуги эффективно? (ЭФФЕКТИВНОСТЬ)

Под **доступом** обычно понимается простота и удобство в обслуживании населения. Данное понятие также учитывает степень удовлетворения пациентов оказываемой медицинской помощью и количество больных, не получающих вообще никакого лечения.

Качество – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, а также современному уровню медицинской науки и технологии. Лицам, формирующим политику охраны психического здоровья, часто приходится делать выбор между выделением средств на финансирование лечения либо большего количества пациентов (например, расширение доступа к имеющимся медицинским услугам), либо на повышение качества медицинских услуг для больных, которые пользуются данными услугами. Безусловно, необходимо установить минимальный порог качества предоставляемых услуг, в противном случае медицинское обслуживание окажется неэффективным, а вложенные ресурсы будут бессмысленно потрачены. Как отмечается в модуле «Повышение качества охраны психического здоровья», не существует каких-либо мировых стандартов оказания помощи. Каждая страна обязана определить минимальный порог качества в зависимости от конкретных условий и ситуации в национальной системе здравоохранения. Однако законодателям, формирующим политику охраны психического здоровья, необходимо разработать сбалансированный подход: с одной стороны, повышать качество оказываемых услуг, а с другой – улучшать доступ населения к медицинскому обслуживанию.

Подобный баланс зависит от конечных **результатов лечения**, которых необходимо достигнуть. Для большинства лиц, формирующих политику здравоохранения, важной целью является оптимизация предоставляемых услуг на работе, в школе и дома. Адекватность и качество услуг зависят от поставленных целей, которые окажут непосредственное влияние на программу медицинской помощи и оказываемые услуги и, соответственно, на требуемый объем финансирования.

Организация услуг должна быть на таком уровне, чтобы имеющиеся ресурсы использовались максимально (**эффективность**). Подобная оптимизация должна происходить на двух уровнях: во-первых, на общественном уровне, а во-вторых, на уровне системы оказания психиатрической помощи. Очень часто внимание уделяется исключительно второму аспекту. Необходимо рассматривать проблему более широко, так как в случае отсутствия финансирования для повышения качества и доступа к медицинским

Финансирование служит претворением планов и политики в жизнь.

Лица, формирующие политику, должны разработать сбалансированный подход при выделении финансирования на охрану психического здоровья, который основан на большем охвате населения при одновременном повышении качества медицинского обслуживания.

Организация и управление службами охраны психического здоровья должны способствовать оптимизации использования ресурсов.

услугам приходится нести дополнительные расходы. Важным аспектом подобной оптимизации является отказ от неправильного или чрезмерного применения психиатрической помощи, которая не приносит ожидаемых результатов. Оптимизация заключается в повышении эффективности медицинских услуг для пациентов, которые в них нуждаются с целью достижения результатов, удовлетворяющих потребности больного, системы охраны психического здоровья и общества в целом. Фактически основная функция планирования заключается в координации работы по оптимизации предоставляемых медицинских услуг.

Совершенно очевидно, что при более широком доступе к службам охраны психического здоровья снижаются затраты на лечение физических заболеваний, повышается производительность и уменьшается нагрузка на другие социальные службы и уголовное судопроизводство (например, Conti & Burton, 1994; Smith et al., 1996; von Korff et al., 1998). Некоторые положительные аспекты могут оставаться незамеченными в течение значительного периода времени. Для детей, например, преимущества широкого доступа к психическому лечению связаны с дальнейшей возможностью избежать психических, социальных и юридических проблем по достижению совершеннолетия.

Общий объем имеющихся ресурсов для охраны психического здоровья безусловно является решающим фактором, но не менее важным аспектом остается правильное перераспределение ресурсов между регионами, секторами здравоохранения и медицинскими программами. Основные проблемы возникают из-за неравенства в финансировании городов и сельских районов, а также из-за социального неравенства между различными группами населения. Лицам, формирующим политику здравоохранения, также придется принимать решения по эффективному распределению финансовых средств внутри системы психиатрической помощи, чтобы наиболее приоритетные участки получали достаточный объем финансирования.

Принцип справедливости медицинского обслуживания, концепции **результативности** и **эффективности** способствуют принятию правильных решений о выделении финансовых средств.

> **Принцип справедливости** означает, что ни для какой категории населения не может быть сделано каких-либо исключений при оказании медицинских услуг, и все слои имеют равный доступ к медицинскому обслуживанию. Для лиц, формирующих политику здравоохранения, принцип справедливости означает равные результаты при лечении разных социальных слоев населения вне зависимости от дохода или места проживания. Следует отметить, что не существует единого мнения относительно оценки справедливого распределения медицинских услуг, например проводить ли подобную оценку на основе данных о состоянии здоровья населения, использования конкретных услуг, ресурсов или доступа к лечению.

> **Результативность** означает улучшение ожидаемых результатов лечения. Степень результативности определяется фактором улучшения здоровья в обычных практических условиях в результате медицинского вмешательства.

> **Эффективность** определяется объемом ресурсов, необходимых для достижения конкретного результата. Если для достижения аналогичного результата требуется меньше ресурсов, чем в предыдущий раз, то эффективность медицинского обслуживания возрастает.

Финансирование оказывает влияние на принцип справедливости, результативность и эффективность. Например, если в системе охраны психического здоровья основным источником дохода является плата потребителя услуг за лечение, то это может стать препятствием на пути получения адекватных медицинских услуг бедными слоями населения (**ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ**). Если отсутствует адекватное финансирование, а поставленная цель заключается в удовлетворении потребности населения, то недостаточный уровень медицинской помощи может привести к противоположным результатам (**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ**). Если при применении отдельных схем лечения ощущается нехватка финансовых средств, то достижение желаемого результата может занять более длительный период времени, что приведет к более высокой стоимости лечения и будет иметь негативные социальные последствия (**ЭФФЕКТИВНОСТЬ**).

Цель данного модуля заключается в предоставлении лицам, формирующим политику здравоохранения, методологии финансирования, способной облегчить достижение поставленных целей по охране психического здоровья и повысить эффективность и результативность при оказании медицинских услуг, основанных на принципе справедливости.

Общий объем имеющихся ресурсов является решающим фактором, но не менее важным оказывается выбор правильной стратегии выделения средств на конкретные нужды.

Финансирование оказывает прямое влияние на принцип справедливости медицинского обслуживания, его результативность и эффективность.

2. Этапы финансирования охраны психического здоровья

В последующих разделах модуля приводится методология, которая может быть использована лицами, формирующими политику охраны психического здоровья, и специалистами по планированию для создания финансовой инфраструктуры, позволяющей создавать и поддерживать эффективную систему охраны психического здоровья.

Этап 1. Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения

Первый этап заключается в анализе общей ситуации в области финансирования системы здравоохранения, в рамках которой осуществляется оказание психиатрической помощи населению. Отдельные проблемы в психиатрической помощи населению идентичны проблемам системы здравоохранения в целом. К ним относятся недостаточное финансирование передовых медицинских программ, неэффективное использование средств и неравномерное распределение ресурсов. Неправильные подходы к вопросам финансирования являются главной причиной возникновения подобных проблем.

У правительства существует множество способов повышения доходности бюджета: налоги, оплата услуг потребителями, государственное страхование, гранты и заимствования (см. раздел «Основные определения»).

– *Налоги* могут быть прямыми (например, подоходный налог, корпоративные налоги, налог на зарплату, отчисления в фонд социального обеспечения, налог на имущество, специальный налог на богатых) или косвенными (например, налог с продаж, налог на добавленную стоимость, импортные пошлины). Финансирование через систему налогообложения означает, что правительство ассигнует часть налоговых поступлений на нужды здравоохранения. Каждый год происходит ассигнование бюджетных средств на здравоохранение, которому приходится конкурировать с другими секторами – образованием, транспортом, обороной, сельским хозяйством и другими программами или министерствами.

– *Оплата услуг потребителями* – гонорар, выплачиваемый пациентом врачу за оказанные медицинские услуги.

– *Страхование*, например страхование работника, которому медицинские услуги оказываются при наличии страхового пакета.

– *Получение грантов* от иностранных доноров является одним из основных источников финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода на душу населения. В странах Африки (исключая Южную Африку, бывшую ЮАР) помощь доноров составляет в среднем до 20% расходов на здравоохранение; в некоторых странах данный показатель превышает 50%. *Заимствования* из внутренних или внешних источников могут быть одним из механизмов финансирования расходов на здравоохранение. Источниками иностранной помощи могут быть международные организации, занимающиеся вопросами развития, агентства и ведомства развитых стран, занимающиеся оказанием донорской помощи, частные институты и зарубежные компании, поставляющие лекарства и оборудование.

На Этапе 2 основные усилия следует сосредоточить на том, как вышеуказанные источники могут стать потенциальными источниками финансирования национальной системы здравоохранения.

Здравоохранение может также совместно финансироваться из федерального и регионального (или провинциального) бюджетов. Например, в Канаде на нужды здравоохранения федеральное правительство выделяет каждой провинции фиксированную сумму, индексируемую в зависимости от роста или сокращения размера валового национального продукта. Губернатор провинции использует свои собственные налоговые поступления для покрытия остаточного баланса и, следовательно, напрямую заинтересован в контроле за расходом средств. В некоторых странах налоги собираются в федеральный бюджет, а затем денежные средства направляются на региональный уровень. При такой системе принятие решений происходит в основном на местном уровне, на котором осуществляется финансирование медицинского обслуживания населения.

У правительства существуют множество способов повышения доходности бюджета.

При ассигновании бюджетных средств здравоохранению приходится конкурировать с другими приоритетными направлениями в социальной сфере.

Здравоохранение может совместно финансироваться властями структурами разного уровня.

Существуют три способа финансирования здравоохранения: частные индивидуальные платежи, частные коллективные платежи и государственное финансирование (Jönsson & Musgrove, 1997). *Частные индивидуальные платежи* также называются «оплатой из собственного кармана». Проблема в данной ситуации заключается в том, что в ряде случаев расходы на лечение могут быть столь высоки, что даже граждане с доходом выше среднего по стране не в состоянии заплатить за лечение. Ситуация усложняется также тем, что проблемы со здоровьем приводят к снижению заработка. Более того, для людей с самыми низкими доходами, которые больше всего нуждаются в медицинской помощи, лечение оказывается абсолютно недоступным.

По этим причинам вопросы страхования становятся основополагающими при обсуждении схем финансирования охраны психического здоровья. Страхование основано на системе предоплаты за оказываемые услуги, которую вносит третья сторона, например страховщик, в случае возникновения необходимости. Страховка является заменой, а в некоторых случаях дополнением к частному индивидуальному платежу. Когда в страховой фонд направляются отчисления от большого количества застрахованных лиц, это позволяет достаточно достоверно прогнозировать размер средних страховых выплат и понижает вероятность финансового риска для потребителя.

Застрахованные лица гораздо чаще обращаются к врачам и прибегают к более дорогостоящему лечению, чем незастрахованные, даже когда их страховой пакет небольшой. В случае частных коллективных платежей (или частного страхования) страховые компании стараются исключить лиц с высоким риском из числа своих клиентов, или, по крайней мере, заставляют их платить более высокую ставку страховых отчислений. С другой стороны, лица с серьезными проблемами со здоровьем осознают, что им придется платить больше за страховые услуги.

Проблемы с частными страховыми компаниями вызывают споры в пользу выбора *государственного страхования*, которое быстрее можно сделать всеобщим, с тем чтобы каждый гражданин нес ответственность за возможный риск. Всеобщее страхование гарантирует каждому доступ к медицинским услугам, включая лиц с высоким риском заболевания.

В принципе существует два типа программ социального страхования, которые гарантируют всеобщее покрытие медицинских услуг: государственный страховой план со стандартным пакетом и ставками и различные общественные и частные страховые планы, которые предлагают клиентам определенный выбор даже в рамках системы обязательного медицинского страхования. В последнем случае правительство устанавливает размер страховки, правила и стандарты, которые обязаны соблюдать частные компании.

Какую роль играет государственная система финансирования здравоохранения в процессе финансирования охраны психического здоровья? В Рамке 1 представлены источники финансирования служб охраны психического здоровья, из которых финансируются другие программы здравоохранения, а также ресурсы, используемые для финансирования в отдельных странах. В большинстве случаев при финансировании системы здравоохранения применяются комбинированные модели.

В сфере частного медицинского страхования существуют определенные проблемы.

Рамка 1. Доля охраны психического здоровья в общем бюджете здравоохранения; источники финансирования лечения психических заболеваний в разных странах мира

Страна	Специальный бюджет на охрану психического здоровья	Доля охраны психического здоровья в общем бюджете здравоохранения	Источники финансирования охраны психического здоровья (в порядке убывания)
Австралия	Да	6,5%	Налоги, частное страхование, личные индивидуальные платежи
Чили	Да	4,1%	Социальное страхование, налоги, личные индивидуальные платежи и частное страхование
Египет	Да	9,0%	Налоги, личные индивидуальные платежи, социальное и частное страхование
Фиджи	Да	1,7%	Налоги и частное страхование
Франция	Да	5,0%	Налоги и социальное страхование
Италия	Да	Нет данных	Налоги, личные индивидуальные платежи и частное страхование
Кения	Да	0,01%	Налоги, личные индивидуальные платежи и социальное страхование
Лаосская Народно-Демократическая Республика	Нет	Нет данных	Личные индивидуальные платежи и налоги
Республика Корея	Нет	3,0%	Социальное страхование, налоги и личные индивидуальные платежи
Румыния	Да	3,0%	Личные индивидуальные платежи и социальное страхование
Южная Африка	Да	2,7%	Налоги, частное страхование, личные индивидуальные платежи и социальное страхование
США	Да	6,0%	Частное страхование, налоги, личные индивидуальные платежи и социальное страхование

Источник: *Всемирная организация здравоохранения, Атлас, 2001 г.*

Основные принципы хорошего финансирования охраны психического здоровья

В основе хорошего финансирования охраны психического здоровья лежат те же принципы, что и при финансировании системы здравоохранения в целом (Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.). Эти принципы можно представить в виде трех основных постулатов.

> Во-первых, население должно быть **защищено от чрезмерного финансового риска**. Для этого необходима минимизация доли частных индивидуальных платежей, которые должны использоваться в основном только для оплаты преимущественно недорогих услуг и медикаментов. Все формы досрочного платежа – налоги, обязательная медицинская страховка или добровольное частное страхование, являются более предпочтительными, так как приводят к распределению финансового риска и позволяют частично отделить процесс предоставления медицинских услуг от процесса оплаты. Поскольку психические заболевания иногда бывают хроническими важно учитывать не только стоимость индивидуального курса лечения, но и вероятность проведения повторной терапии через определенные длительные временные интервалы. Разовый курс лечения, который способен оплатить больной или члены его семьи, при возникновении кризисной ситуации может быть недоступен в случае необходимости повторной длительной терапии, как это имеет место с некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями, например диабетом.

> Во-вторых, **здоровые обязаны оплачивать лечение больных**. Любой механизм предоплаты основан на данном принципе (между тем как система частных индивидуальных платежей этого не предусматривает), при этом объем отчислений финансовых средств на охрану психического здоровья зависит от того, насколько предоплата покрывает конкретные потребности больных психическими заболеваниями. Такая финансовая система может быть достаточно эффективной для оплаты большинства медицинских услуг, но не всегда покрывает расходы в случае возникновения психических заболеваний или поведенческих расстройств из-за недостаточности средств. Следовательно, покрытие расходов на охрану психического здоровья во многом зависит от выбранной схемы финансирования.

> Наконец, в эффективной системе финансирования **богатые субсидируют бедных**, по крайней мере до определенного уровня. Данный принцип не просто претворить в жизнь, так как многое зависит от системы страхования и прогрессивной шкалы налогообложения, а также от количества людей, имеющих государственную и частную страховку. Богатые обязаны оплачивать лечение бедных только в том случае, если обе группы, а не только лица с высоким доходом, включены в систему страхования и если страховые взносы соответствуют доходам, а не являются единичными или покрывающими исключительно возможные риски. Как и в предыдущих случаях, размер и целевая направленность досрочного платежа зависит от медицинских услуг, которые они будут покрывать.

Обычно в богатых странах предоплата покрывает значительную часть расходов на здравоохранение, чем в странах с низким уровнем дохода на душу населения, и это имеет определенные последствия для финансирования системы охраны психического здоровья. Если из государственного бюджета финансируется 70–80% всех расходов на здравоохранение, как это имеет место во многих странах – членах Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР), то решения о приоритетном финансировании охраны психического здоровья могут приниматься в процессе утверждения бюджета с небольшой долей финансирования из частных средств. Однако, если правительство способно обеспечить финансирование здравоохранения только на 20–30%, как, например, в Китае, на Кипре, в Индии, Ливане, Мьянме, Нигерии, Пакистане и Судане, и если в стране низкое страховое покрытие медицинских услуг, то вероятнее всего финансирование охраны психического здоровья будет осуществляться прежде всего за счет частных индивидуальных платежей.

В настоящее время наиболее распространенными формами финансирования охраны психического здоровья являются налоги, социальное страхование и частные индивидуальные платежи, которые тяжелым бременем ложатся на плечи многих семей, особенно в странах с низким уровнем дохода на душу населения. Частное страхование играет менее значимую роль в финансировании охраны психического здоровья во всех Регионах ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения, 2001b). В Рамке 1 приводятся страны, в которых используются разные источники финансирования. В Рамке 2 представлены статистические данные по методам финансирования.

Хорошее финансирование охраны психического здоровья основано на трех основных принципах.

Население должно быть защищено от чрезмерного финансового риска.

Здоровые обязаны оплачивать лечение больных.

Богатые обязаны оплачивать лечение бедных.

Рамка 2. Методы финансирования охраны психического здоровья: статистические данные

- Налоги являются основным источником финансирования охраны психического здоровья в 60,2% стран мира, после них следует социальное страхование (18,7%) и частные индивидуальные платежи (16,4%). Данное процентное соотношение варьируется по Регионам ВОЗ, но в целом налоги продолжают оставаться основным источником финансирования. Частное страхование и внешние гранты являются основным источником финансирования в 1,8% и 2,9% стран, соответственно.
- Частные индивидуальные платежи являются вторым наиболее распространенным источником финансирования охраны психического здоровья; в 35,9% стран Африканского региона, 30% стран Региона Юго-Восточной Азии, 22,2% стран Региона Восточного Средиземноморья, 13,3% стран Региона Америки и 11,5% стран Региона Западной части Тихого океана. В странах Европейского региона ВОЗ данный метод не используется в качестве второго способа финансирования.
- Социальное страхование является вторым наиболее распространенным методом финансирования расходов на охрану психического здоровья в 50% стран Европейского региона. В странах Региона Западной части Тихого океана данный показатель равняется лишь 7,7% и является третьим по значимости источником финансирования. В странах Африканского региона и Региона Юго-Восточной Азии страхование не является вторым или третьим источником финансирования охраны психического здоровья.
- Частное страхование применяется в качестве метода финансирования всего лишь в нескольких странах (в Африке и на американском континенте).
- Финансирование охраны психического здоровья за счет предоставления внешних грантов применяется в 7,7 % стран Региона Западной части Тихого океана, 5,6% стран Региона Восточного Средиземноморья и 5,1% стран Африканского региона.
- Если страны группировать по доходам на душу населения (страны с низким, низким средним, высоким средним и высоким уровнями дохода), налоги остаются основным источником финансирования.
- Частные индивидуальные платежи являются вторым по объему источником финансирования в 39,6% стран с низким уровнем дохода на душу населения и в 2,9% стран с высоким уровнем дохода. В государствах с высоким средним уровнем дохода такая форма финансирования практически отсутствует.
- Социальное страхование является вторым источником финансирования в 38,3% стран с высоким уровнем доходом на душу населения и в 29,4% стран с высоким средним уровнем дохода. В государствах с низким уровнем дохода на душу населения социальное страхование не применяется в качестве одного из основных методов финансирования охраны психического здоровья.

Источник: *Всемирная организация здравоохранения, Атлас, 2001 г.*

Лица, страдающие психическими заболеваниями, обычно принадлежат к более бедным слоям населения и часто не могут или не хотят воспользоваться медицинской помощью из-за страха стигматизации или отрицательного предыдущего опыта обращения в психиатрические лечебницы. В результате этого оплата лечения из собственного кармана или из семейного бюджета в подобной ситуации становится еще большим препятствием, чем при оплате лечения многих острых физических заболеваний. Это не только проблема развивающихся стран. Во многих богатых государствах лица с серьезными психическими расстройствами часто становятся маргиналами. Изыскание путей по увеличению доли предоплатных схем обслуживания, особенно для дорогостоящих или многократных курсов лечения, сможет значительно улучшить ситуацию с финансированием охраны психического здоровья в том случае, если достаточный объем дополнительных средств от этих платежей направить на лечение психических заболеваний и поведенческих расстройств (Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.). Движение в обратном направлении, например от страхования к системе частных индивидуальных платежей, как это имело место во время переходного периода в некоторых странах Восточной Европы, вероятнее всего приведет к снижению объемов финансирования охраны психического здоровья.

В странах, где доля страховых платежей незначительна и существуют проблемы со сбором налогов или социальным страхованием в силу того, что большинство населения живет в сельской местности и официально является безработным, применение местных финансовых схем может казаться привлекательными для облегчения финансового бремени той части населения, которое оплачивает медицинские услуги из собственного кармана. Доказательств успешного применения местных схем финансирования пока недостаточно. Однако необходимо отметить, что без выделения значительных субсидий со стороны правительства, неправительственных организаций или внешних доноров данные схемы могут оказаться малоэффективными для решения хронических проблем оплаты медицинских услуг населением. Главная задача заключается в том, чтобы службы здравоохранения на местах не зависели от системы местного финансирования.

Лица, страдающие психическими заболеваниями, обычно принадлежат к наиболее бедным слоям населения.

Службы здравоохранения на местах не должны зависеть от системы местного финансирования.

Финансирование здравоохранения в бедных странах иногда сильно зависит от внешних доноров. Потенциально подобных доноров можно рассматривать в качестве важного источника финансирования охраны психического здоровья. Однако их приоритеты могут не совпадать с приоритетами правительства. Например, для большинства внешних доноров главным приоритетом является борьба с инфекционными заболеваниями, а не охрана психического здоровья. В подобном случае правительство должно принять решение о целесообразности убеждения доноров направить средства на те направления, которые являются приоритетными в данной стране. Другая альтернатива заключается в использовании собственных ограниченных ресурсов для финансирования тех областей здравоохранения, которые не являются приоритетными для донорских организаций.

Там, где это возможно, правительство должно создать систему обязательного страхования охраны психического здоровья либо через схемы федерального налогообложения, либо на основе социального страхования. Во многих странах, и часто далеко не самых бедных, создание обязательной системы страхования оказалось непростой задачей. В странах с высоким уровнем дохода на душу населения, даже при наличии обязательного страхования, могут существовать определенные ограничения. В большинстве бедных стран страхование охраны психического здоровья либо недоступно большинству населения, либо вообще отсутствует.

Внешние доноры являются важным источником финансирования, однако их приоритеты не всегда совпадают с приоритетами правительства.

Основные положения: Этап 1. Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения

– У правительства существует множество способов повышения доходности бюджета: налоги, оплата услуг потребителями, государственное страхование, гранты и заимствования. Здравоохранение может также совместно финансироваться из федерального и регионального (или провинциального) бюджетов. В некоторых странах налоги собираются в федеральный бюджет, а затем денежные средства направляются на региональный уровень.

– Существуют три способа финансирования здравоохранения: частные индивидуальные платежи, частные коллективные платежи и государственное финансирование.

– Наиболее распространенные методы финансирования охраны психического здоровья – налоги, социальное страхование и частные индивидуальные платежи.

– Лица, страдающие психическими заболеваниями, обычно принадлежат к более бедным слоям населения и часто не могут или не хотят воспользоваться медицинской помощью из-за страха стигматизации или отрицательного предыдущего опыта обращения в психиатрические лечебницы. В результате этого оплата лечения из собственного кармана или из семейного бюджета в подобной ситуации становится еще большим препятствием, чем при оплате лечения многих острых физических заболеваний. Изыскание путей по увеличению доли предоплатных схем обслуживания, особенно для дорогостоящих или многократных курсов лечения, сможет значительно улучшить ситуацию с финансированием охраны психического здоровья в том случае, если достаточный объем дополнительных средств от этих платежей направить на лечение психических заболеваний и поведенческих расстройств.

– Там, где это возможно, правительство должно создать систему обязательного страхования психического здоровья либо через схемы федерального налогообложения, либо на основе социального страхования. Во многих странах, и часто далеко не самых бедных, создание обязательной системы страхования оказалось непростой задачей. В странах с высоким уровнем дохода на душу населения, даже при наличии обязательного страхования, могут существовать определенные ограничения. В большинстве бедных стран страхование психического здоровья либо недоступно большинству населения, либо вообще отсутствует.

Этап 2. Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования

После анализа общей ситуации с финансированием системы здравоохранения на следующем этапе основные усилия необходимо сосредоточить на вопросах финансирования служб охраны психического здоровья. В данном разделе проведение инвентаризации связано только с оказанием психиатрических услуг населению в отличие от более широкой системы психиатрического лечения, включающей нелечебный сектор, например жилье, образование и систему уголовного судопроизводства. Более узкий подход используется во избежание потенциальных сложностей, которые обычно возникают при создании финансовой базы для всех секторов, прямо или косвенно вовлеченных в охрану психического здоровья.

Во многих странах охране психического здоровья не уделяется того внимания, которого оно заслуживает. В последнее время, однако, наблюдаются определенные подвижки к лучшему в плане понимания социальных и экономических последствий в данной области и появления новых эффективных препаратов и методов лечения. Вследствие этого лица, формирующие политику здравоохранения, стали больше внимания уделять вопросам психического здоровья населения. Несмотря на изменения к лучшему, службам охраны психического здоровья приходится конкурировать с другими секторами здравоохранения при выделении финансовых средств. Одних гуманистических аргументов становится уже недостаточно. Для поддержки служб охраны психического здоровья необходима научная база, основанная на результатах исследований, доказывающих огромные преимущества и отдачу от инвестиций в данный сектор.

Чтобы создать кредит доверия к системе охраны психического здоровья и наладить отчетность, необходимо иметь четкое представление, какие ресурсы имеются в наличии, в какие регионы и на поддержку каких служб они будут направлены и какое воздействие они окажут не только на больных с психическими расстройствами, но и на общество в целом. Специалисты по планированию и лица, формирующие политику здравоохранения, часто не имеют четкого представления об имеющихся ресурсах в силу фрагментарности служб охраны психического здоровья, а также из-за того, что разные министерства несут ответственность за финансовое обеспечение оказываемых психиатрических услуг.

Для того чтобы иметь четкое представление о том, какие ресурсы имеются в наличии, необходимо подвергнуть инвентаризации систему финансирования психического здоровья, в которой должны быть представлены текущие ресурсы и способы их распределения. Подобное упражнение помогает выявить отсутствие необходимой информации.

Цель данного этапа заключается в разработке методов инвентаризации ресурсов, которые позволили бы лицам, формирующим политику здравоохранения, лучше оценить источники финансирования, механизмы покупки медицинских услуг, целевой контингент, услуги и их воздействие на отдельные страны и регионы. Данные методы предназначены не для описания статичной картины, а для выявления ключевых аспектов, которые могут повлиять на выделение ресурсов. Это может иметь определенные последствия для регионов, различных слоев населения и на способы оказания услуг. При этом два аспекта должны быть четко связаны друг с другом: потоки денежных средств и потребители услуг, т. е. где потребители имеют доступ к оказываемым услугам и производят за них оплату. Понимание данных аспектов необходимо для рационализации системы оказания услуг по лечению психических расстройств.

На Рисунке 2 показано движение финансовых потоков и доступ населения к предлагаемым услугам. Схематическое отображение данных потоков наглядно показывает, куда население обращается за помощью и какие услуги оно получает. Сложность составления подобной схемы может быть обусловлена уровнем ее детализации. Странам может потребоваться адаптация данной диаграммы к конкретным условиям. Вариативность зависит от региона, социально-демографических данных и типов психических расстройств. В идеале подобная схема должна содержать информацию о количестве пациентов, которым оказываются медицинские услуги, и отражать формы оплаты. Если такая информация отсутствует, необходимо использовать прогноз и оценку, которые будут очень полезны при разработке схемы финансирования психического здоровья в стране или регионе.

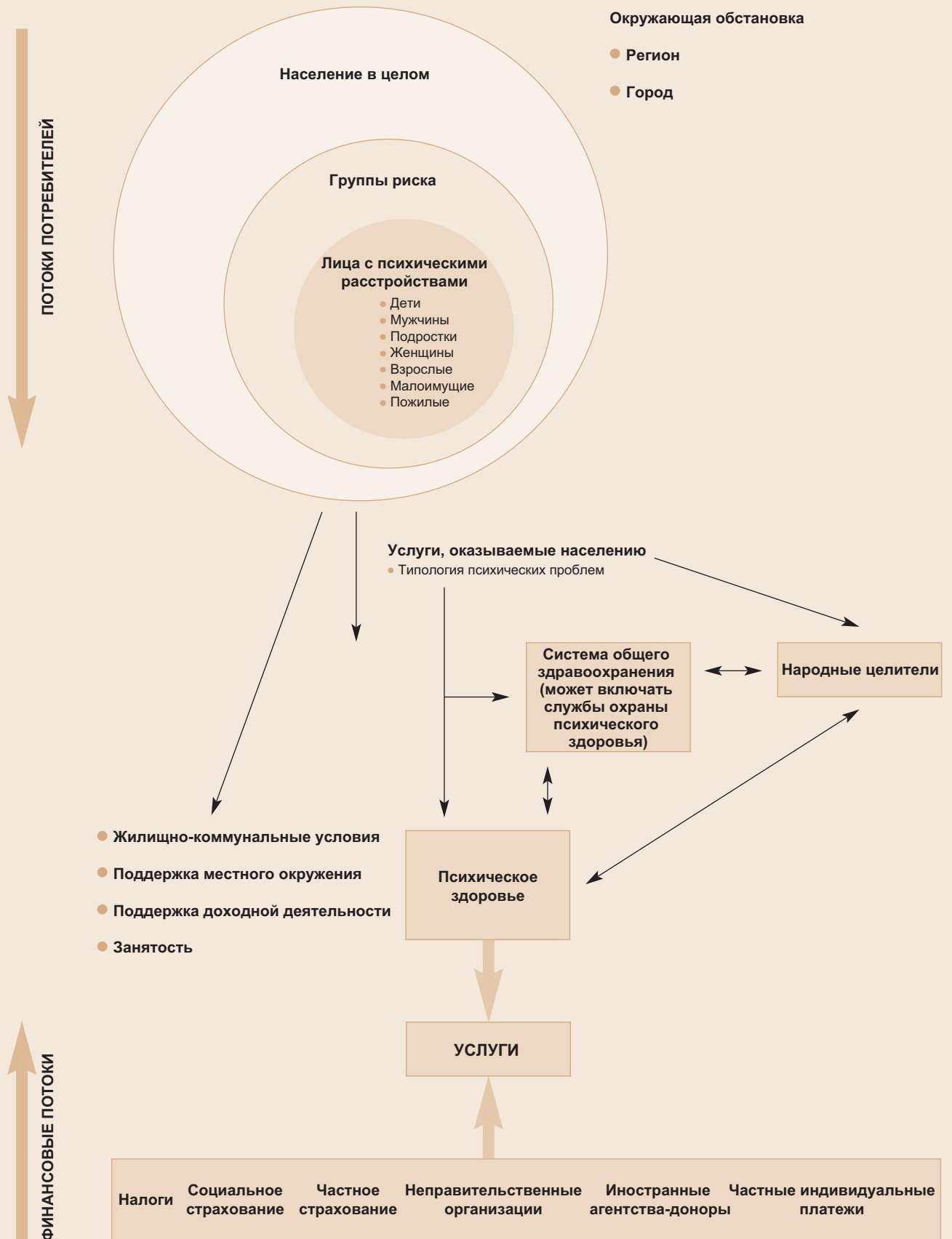
Службам охраны психического здоровья приходится конкурировать с другими социальными службами и сферами здравоохранения.

Чрезвычайно важно понять, какие ресурсы имеются в наличии.

Для выявления имеющихся ресурсов систему финансирования психического здоровья необходимо подвергнуть инвентаризации.

Цель данного этапа заключается в разработке методов инвентаризации ресурсов финансирования психического здоровья в стране или регионе.

Рисунок 2. Инвентаризация системы финансирования охраны психического здоровья



Наводящие вопросы для лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья, при проведении инвентаризации ресурсов:

- Каковы источники финансирования психического здоровья? Какой объем финансирования можно получить из конкретного источника?
- Как выделяются ресурсы для различных регионов? Справедливо ли происходит выделение ресурсов?
- Как распределяются ресурсы по различным секторам услуг? Существуют ли региональные различия?
- Кому предназначаются медицинские услуги в рамках выделенного финансирования?
- Какая доля средств направляется на прямое финансирование оказания медицинских услуг (по сравнению с административными расходами)?
- Кто имеет право на получение необходимых услуг, но не получает их?
- Какова стоимость оказываемых услуг?

При проведении инвентаризации ресурсов помогут ответы на следующие вопросы.

Безусловно, основные элементы системы охраны психического здоровья в каждой стране будут различными, так же как и возможности по сбору и анализу необходимой информации. Даже в относительно развитых странах на эти вопросы не легко получить требуемые ответы. Однако без этого гораздо сложнее представить обоснование выделения соответствующих ресурсов на охрану психического здоровья.

Данный этап может оказаться непростым, особенно в ситуации, когда охрана психического здоровья финансируется из общегосударственного бюджета здравоохранения. Как показано на Рисунке 1, лечение психических заболеваний может осуществляться как в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, так и в специализированных клиниках и институтах. При составлении схемы важно оценить имеющиеся возможности и получить данные о состоянии системы охраны психического здоровья на современном этапе.

Для этого может потребоваться решение следующих задач.

Задача 1: Составьте список ресурсов финансирования служб охраны психического здоровья и объема финансирования по типам услуг

В зависимости от требуемой детализации составляется список имеющихся ресурсов для оплаты конкретных услуг по психическому лечению и определяется объем их финансирования. Данный процесс может оказаться нелегким и потребовать изучения различных источников и документов, включая финансовые отчеты больниц и учетные данные персонала, а в некоторых случаях он будет основан исключительно на приблизительной оценке. Например, если имеются данные о бюджете конкретной больницы, то они могут послужить отправной точкой для подобной оценки. В других ситуациях, когда данные о бюджете не имеются в наличии, можно использовать информацию о затратах на медицинский персонал, которая может послужить началом подробного анализа.

В зависимости от конкретной ситуации в стране может потребоваться информация из других секторов здравоохранения и других министерств и ведомств. Например, расходы на жилье и коммунальные услуги взрослых или детей, страдающих психическими расстройствами, могут быть частью бюджета министерства социального обеспечения или министерства жилищно-коммунального хозяйства. Информацию для анализа необходимо получать из всех имеющихся источников.

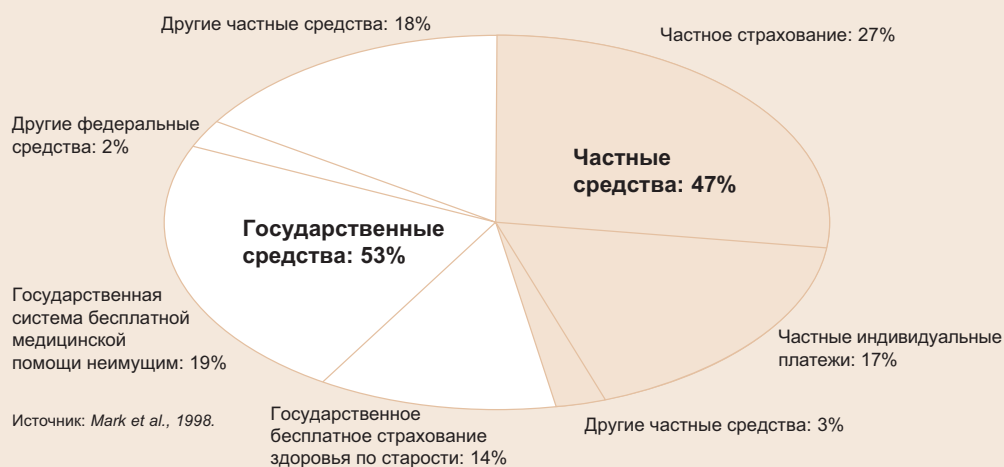
При проведении расчетов или оценки бюджета, необходимого для оказания медицинских услуг, важно учитывать административные издержки и расходы на содержание инфраструктуры, включая расходы на поддержание основных фондов системы охраны психического здоровья. К ним относятся капитальные расходы, расходы на проведение политики в области охраны психического здоровья, затраты на планирование, работу информационных систем, повышение качества и ведение пропагандистской деятельности. Часто учет подобных расходов не ведется, но, как было показано в других модулях, жизнеспособность системы охраны психического здоровья зависит от данных функций, и они должны быть включены в схему финансирования.

Проведение инвентаризации финансирования представляется непростой задачей, даже в странах, где существуют развитые информационные системы. В развивающихся странах проблема усугубляется недостатком информации о потребителях услуг в частном или государственном секторе, данными о типах услуг и их стоимости. Иногда сложно выявить закономерности обращения к психотерапевтам у различных групп населения. Однако инвентаризация финансирования может послужить отправной точкой для выявления аналогичных закономерностей в будущем. На начальном этапе необходимо определить области, где требуются дополнительные усилия по получению информации.

Результатом инвентаризации системы финансирования должен стать список предлагаемых услуг по охране психического здоровья и бюджет или затраты на их оказание. Список может быть разбит по регионам или категориям обслуживаемого населения.

Это позволяет определить ключевые компоненты существующей системы охраны психического здоровья и финансирования каждого компонента на основе имеющейся информации. В результате складывается общая картина текущего состояния финансирования психического здоровья в стране или регионе, что немаловажно для подготовки к осуществлению следующего этапа. На Рисунке 3 приводится пример составления схемы финансирования охраны психического здоровья в Соединенных Штатах Америки, включая расходы потребителей услуг.

Рисунок 3. Расходы на охрану психического здоровья в США на одного потребителя, 1996 г. (всего 69 млрд. долл. США)



Расходы на охрану психического здоровья в целом и на душу населения в зависимости от типа страхования, США, 2006 г.

Тип страхования	Население (млн. чел.)	Расходы (млрд. долл. США)	В год на душу населения (долл. США)
Частное	167,5	32,3	193
Страховые платежи		18,4	
Частные индивидуальные платежи		11,7	
Другие частные платежи		2,2	
Страхование здоровья по старости	30,6	9,8	320
Медпомощь неимущим	27,0	13,0	481
Другие и незастрахованные	41,7	13,9	333
ТППЗ*	5,1	12,4	2431
Другие	36,6	1,5	41
Всего	266,8	69,0	259

* Тяжелое и продолжительное психическое заболевание.

Источник: Mark et al., 1998; а также расчеты D. Regier, личная переписка, 1999 г.

Расходы на охрану психического здоровья в соотношении с расходами на здравоохранение в целом по источникам финансирования, США, 1996 г.

	Расходы, млрд. долл. США, 1996 г.		%
	Охрана психического здоровья	Здравоохранение в целом	
Частные платежи			
Частные индивидуальные платежи	11	171	6
Частное страхование	17	292	6
Другие частные платежи	2	32	5
Итого частных платежей	30	495	6
Государственные расходы			
Страхование здоровья по старости	10	198	5
Медпомощь неимущим	13	140	9
Другие федеральные расходы	1	41	3
Расходы штата/муниципалитета	12	69	18
Итого государственных расходов	36	447	8
Всего	66	943	7

Источник: Mark et al., 1998 (пересмотренные данные).

Источник: Департамент здравоохранения и социального обеспечения, Государственная служба общественного здравоохранения США, 1999 г.

Задача 2: Внесите существующие службы охраны психического здоровья в таблицу

В дополнение к предыдущей задаче другим эффективным инструментом инвентаризации ресурсов финансирования психического здоровья может стать таблица источников поступлений по секторам предоставления услуг (Кнарр, 1995) (Рамка 3).

Рамка 3. Таблица источников поступлений и сектора предоставления услуг

ПОСТУПЛЕНИЯ ДОХОДОВ (ФИНАНСИРОВАНИЕ)	ТИП ИЛИ СЕКТОР УСЛУГ			
	Государственный сектор	Добровольный сектор/НПО	Частный сектор (платные услуги)	Частный сектор
Налогообложение				
Социальное страхование				
Частное страхование				
Благотворительность				
Иностранные правительства				
Частные индивидуальные платежи				

НПО = неправительственная организация.

Какую информацию необходимо включить в данную таблицу? Таблица является кратким обзором услуг или организаций, предоставляющих услуги, включая источники финансирования. В ней отражены различные аспекты системы охраны психического здоровья (стационарные клиники, службы охраны психического здоровья по месту жительства, учебные заведения), данные о которых вносятся в соответствующие графы. Подобную таблицу можно составить для отдельного региона или для страны в целом.

Цель разработки подобной таблицы заключается в выявлении зависимости конкретного сектора охраны психического здоровья от источника финансирования. Данная задача соотносится с Задачей 1 по инвентаризации источников и объемов финансирования различных служб охраны психического здоровья. Четкая схема финансирования способна пролить свет не только на структуру ресурсного обеспечения, но и на схему устойчивого финансирования психиатрической помощи.

В процессе составления таблицы можно привести примеры диверсификации источников финансирования психического здоровья. В Аргентине финансирование психического здоровья осуществляется из федерального, регионального и муниципального бюджетов, фонда социального обеспечения, профсоюзных средств и частными организациями. В Индии государственная служба охраны психического здоровья финансируется федеральным правительством, правительством штата или Университетской комиссией по выделению грантов, которая получает средства от федерального правительства и финансирует некоторые программы обучения и подготовки психиатров. В подобных ситуациях увеличение объема финансирования зависит от планов по дополнительному ассигнованию средств на охрану психического здоровья на государственном или региональном уровне или от наличия других источников финансирования.

В Рамке 4 показано, как диверсифицированные источники финансирования могут быть представлены в виде таблицы. При проведении такого типа работы необходимо использовать собственные данные.

Информация, полученная в ходе инвентаризации ресурсов финансирования, может оказаться полезной при разработке обоснования для выделения дополнительных ресурсов.

Рамка 4. Таблица предоставления психиатрических услуг в гипотетической стране

ПОСТУПЛЕНИЯ ДОХОДОВ (ФИНАНСИРОВАНИЕ)	ТИП ИЛИ СЕКТОР УСЛУГ			
	Государственный сектор	Добровольный сектор/НПО	Частный сектор (платные услуги)	Частный сектор
Налогообложение	(1) Государственные психиатрические клиники (2) Психиатрические амбулатории (3) Процент бюджета первичного медико-санитарного звена, выделяемый на охрану психического здоровья (4) Процент бюджета санитарного просвещения, отчисляемый на пропаганду ценностей психического здоровья	Государственное финансирование (5%) международных НПО, оказывающих помощь пережившим травматический шок	Оказание конкретных услуг, например консультации при психических травмах в системе первичного медико-санитарного звена	Гранты для определенных категорий потребителей, страдающих хроническими заболеваниями
Социальное страхование	–	–	–	–
Частное страхование	–	–	Добровольные взносы (ежегодные взносы частным страховым агентствам)	–
Благотворительность	Финансирование НПО, занимающихся обеспечением рабочих мест для инвалидов в государственных мастерских	(1) НПО, проводящие консультации для тех, кто пережил травматический шок (95% годового бюджета) (2) Проведение пропагандистских кампаний по соблюдению прав пациентов в психиатрических клиниках	–	Гранты для эпилептиков от Международного фонда по борьбе с эпилепсией
Иностранные правительства	Субсидии иностранных правительств для работников служб охраны психического здоровья	–	–	–
Частные индивидуальные платежи	Дифференцированные тарифные ставки оплаты государственных услуг	Дифференцированные тарифные ставки оплаты консультационных услуг для переживших травматический шок (НПО)	Гонорар частнопрактикующих врачей и народных целителей	–
Финансирование отсутствует	NA	NA	NA	Уход в семье; поддержка ближайшего окружения

* Данная схема служит лишь иллюстрацией и не является рекомендацией по разработке структуры финансирования психического здоровья.

NA = не применяется. / НПО = неправительственная организация.

Составление подобной таблицы может оказать помощь при определении финансовых ограничений и потенциала расширения ресурсного обеспечения. Это важно при разработке политики и планировании услуг, а также для расширения базы финансирования приоритетных направлений и потребностей. Безусловно, составление таблицы не приведет к автоматическому расширению ресурсной базы. Во многих странах данный аспект может не зависеть от решения лиц, формирующих политику, или специалистов по планированию. Однако информация, полученная на данном этапе, может оказаться чрезвычайно полезной для обоснования выделения дополнительных ресурсов и привлечения внимания к существованию потенциальных источников финансирования. Инвентаризация ресурсов, представленная в схематической форме, может послужить рациональной основой и логическим обоснованием для ассигнования необходимых ресурсов. Такой анализ является полезным инструментом для лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья, и специалистов по планированию.

Основные положения: Этап 2. Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования

- Инвентаризация системы оказания психиатрических услуг и их ресурсного обеспечения является важным этапом для четкого понимания процесса финансирования охраны психического здоровья.
- Инвентаризация должна включать расходы на инфраструктуру и административные издержки, особенно стоимость внедрения ключевых функций, представленных в различных модулях данного руководства.
- В ходе инвентаризации необходимо определить широкий спектр предоставляемых услуг и их поставщиков, например клиники, помощь на дому, амбулаторные услуги, информационные системы, организации, пропагандирующие ценности психического здоровья, и расходы на разработку политики и административную поддержку.
- Для вышеуказанных категорий необходимо определить источники финансирования и получить информацию для организации дальнейшей работы. Для этого может потребоваться доступ к информации из других секторов.
- Источники финансирования необходимо классифицировать по типу финансирования, типу сектора или организации, предоставившей средства.
- Понимание взаимосвязи между источниками финансирования и оказанием услуг по лечению психических расстройств способно открыть новые возможности и выявить ограничения при создании дополнительной ресурсной базы.

Этап 3. Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья

Следующий этап после анализа текущего состояния финансирования охраны психического здоровья через инвентаризацию ресурсов заключается в создании ресурсной базы для оказания психиатрических услуг. При этом необходимо исходить из приоритетов, определенных в ходе разработки политики по охране психического здоровья.

На данном этапе лица, формирующие политику в области охраны психического здоровья, и специалисты по планированию неизбежно столкнутся с недофинансированием. Для развития ресурсной базы в качестве отправной точки важно понять основные причины недостаточного финансирования служб охраны психического здоровья.

Недостаточное финансовое обеспечение охраны психического здоровья может иметь место по разным причинам (M. Knapp and D. McDaid, личная переписка, 2001 г.).

– Страны, испытывающие серьезные экономические трудности или вынужденные преодолевать последствия чрезвычайных ситуаций, не станут рассматривать финансирование психического здоровья в качестве приоритетного направления. Более того, маловероятно, что лечение психических проблем в подобных ситуациях будет являться приоритетом.

– Слабое осознание проблем психического здоровья и их последствий.

– В ситуациях, когда система охраны психического здоровья населения сильно зависит от платных услуг, проблемы с недостаточным финансированием могут возникнуть из-за нежелания или неспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, (или членов их семей) платить за лечение. Стигматизация, культурные особенности и низкие доходы могут являться одними из таких причин.

– Лица, формирующие политику в области здравоохранения, могут не осознавать важность профилактики и лечения психических расстройств и, следовательно, полагать, что финансирование других медицинских услуг может принести большую пользу для общества. Иными словами, экономическое обоснование финансирования служб охраны психического здоровья оказалось слишком слабым. Стигматизация и отсутствие информации также могут сделать так, что спрос населения на психиатрические услуги будет ниже реальной потребности в них.

Создание ресурсной базы для оказания психиатрических услуг населению требует от политиков и специалистов по планированию быстрого выявления причин недостаточного финансирования и своевременного их устранения.

Быстрое расширение ресурсной базы связано как с вопросом политики по охране психического здоровья и определения приоритетных направлений развития, так и с анализом источников финансирования для обоснования необходимости выделения дополнительных средств на лечение психических расстройств. Необходимо подчеркнуть, что **расширение финансовой базы для оказания психиатрических услуг населению связано с политическими приоритетами**. В условиях ограниченности средств службам охраны психического здоровья приходится конкурировать не только с другими секторами здравоохранения, но и со многими немедицинскими жизненно важными программами, например, по экономическому развитию, дорожному строительству, развитию транспорта, систем коммуникации и образования. Следовательно, отправной точкой для расширения ресурсной базы должны стать политические инициативы.

Политические инициативы по расширению ресурсной базы

Некоторые способы и пути обоснования необходимости выделения дополнительного финансирования на охрану психического здоровья представлены в других модулях («Политика, планы и программы в области психического здоровья»; «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья»; «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья»). К ним относятся:

- сбор и представление доказательств об экономической эффективности психического вмешательства;
- представление экономически обоснованных аргументов о необходимости повышения качества психиатрических услуг, развития информационных систем и другой сервисной инфраструктуры;
- создание стратегических альянсов со всеми заинтересованными сторонами, правительством, неправительственными организациями и частным сектором;

В основе недостаточного финансирования служб охраны психического здоровья могут лежать различные причины.

– поддержка мероприятий по пропаганде ценностей психического здоровья с целью повышения спроса на психиатрические услуги и, как следствие, усиление давления на правительство для выделения соответствующего финансирования.

Подобные политические инициативы имеют хороший потенциал для значительного повышения объема финансирования служб охраны психического здоровья. Более подробная информация по подготовке и проведению данных инициатив представлена в других модулях («*Политика, планы и программы в области психического здоровья*»; «*Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья*»; «*Пропаганда актуальности охраны психического здоровья*»).

Финансовые механизмы расширения ресурсной базы

1. Разработка новых проектов

Помимо политических инициатив по расширению ресурсной базы, необходимо разработать механизмы финансирования. Одним из таких механизмов может стать инновационный фонд, создаваемый для претворения на практике предложений и инициатив лиц, формирующими политику здравоохранения, и специалистов по планированию (Институт медицины, 2001 г.).

Цель создания подобного фонда заключается в разработке проектов, направленных на достижение задач, сформулированных в политике по развитию охраны психического здоровья. Средства фонда позволят финансировать демонстрационные программы новых инициатив. К ним относятся: разработка политики, пропаганда ценностей психического здоровья и инициативы по повышению качества лечения психических расстройств. Цель состоит не только в финансировании новых идей, но и в поддержке инноваций, имеющих широкое применение, которые, в конечном итоге, могут быть использованы повсеместно.

Фонд может финансироваться местными организациями здравоохранения, частными организациями, государственными ведомствами и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья. Часть средств должна предназначаться для целевого финансирования важных исследовательских проектов.

Существование подобного фонда делает возможным внедрение новых идей и гарантирует использование дополнительных ресурсов для решения поставленных задач. Финансовая поддержка фонда в течение нескольких лет позволит обеспечить устойчивое и стабильное финансирование реформирования системы охраны психического здоровья. Более того, такой фонд позволит решить типичные финансовые проблемы, с которыми медицинские организации сталкиваются в начале процесса реформирования.

На начальном этапе для поддержания инновационного фонда может потребоваться привлечение специальных правительственных грантов или помощь доноров. Агентства по международному и внутреннему развитию могут оказать необходимую поддержку по облегчению бремени расходов в переходный период. В Рамке 5 показана процедура представления заявки во Всемирный банк на получение финансовой помощи. Аналогичные процедуры существуют и при обращении в другие организации и институты.

Создание инновационного фонда по охране психического здоровья способно оказать значительное воздействие на идущие изменения и улучшение качества лечения.

Рамка 5. Как получить финансирование от Всемирного банка?

- Назначьте национального координатора по вопросам психического здоровья в министерстве здравоохранения.
- Подготовьте список всех проводимых мероприятий и программ по охране психического здоровья, включая программы, финансируемые ВОЗ.
- Выделите расходы на охрану психического здоровья в отдельную бюджетную строку. Отдельная бюджетная строка в общих расходах министерства здравоохранения может стать главным обоснованием для подготовки заявки во Всемирный банк.
- Подготовьте список проектов, финансируемых Всемирным банком, и проведите консультации с соответствующими лицами с целью:
 - определения, что было профинансировано, и на каком этапе находится выполнение проектов;
 - выявления возможностей включения программ по охране психического здоровья в бюджет текущих проектов;
 - определения процедур подачи заявки на финансирование предложенного проекта по охране психического здоровья.
- Рассмотрите возможности подачи заявки во Всемирный банк через другие министерства и ведомства, помимо министерства здравоохранения. Например, заем на оказание социальной помощи может быть предоставлен через министерство образования или министерство социального обеспечения или даже через неправительственную организацию, назначенную министерством финансов (Министерство финансов Бурунди поручило неправительственной организации управление социальным кредитом, выделенным на программу развития детей дошкольного возраста, страдающих психическими расстройствами).
- Рассмотрите возможность получения кредита на финансирование программ по охране психического здоровья в штаб-квартире Всемирного банка, хотя данная процедура может оказаться более сложной. Небольшой объем финансирования может быть предоставлен через специализированные отделы банка, например Постконфликтный фонд и другие трастовые фонды.

(Более подробную информацию можно получить на веб-сайте Всемирного банка: www.worldbank.org.)

2. Включение охраны психического здоровья в общую программу по привлечению ресурсов на развитие здравоохранения

Другой подход заключается во включении охраны психического здоровья в общую программу по привлечению ресурсов на развитие здравоохранения. В подобной ситуации, при выделении донорами необходимых средств или грантов на развитие программ в секторе здравоохранения, охрана психического здоровья должна стать составной частью подобных программ. В настоящее время при осуществлении подобных инициатив охране психического здоровья уделяется очень мало внимания.

Существуют два пути решения данной проблемы. Первый заключается в продолжении работы по обоснованию необходимости выделения средств на охрану психического здоровья при разработке политики и планирования в сфере здравоохранения. Данная схема уже была представлена в некоторых вышеупомянутых политических инициативах.

Второй путь заключается в финансировании охраны психического здоровья в рамках других инициатив. Иными словами, возможность получения средств на охрану психического здоровья не должна быть ограничена только стратегиями лечения психических заболеваний, а должна стать частью инициатив по привлечению ресурсов на развитие сектора здравоохранения в целом. Например, в Южной Африке объем финансирования охраны психического здоровья вырос за счет включения данного вопроса в национальную стратегию по профилактике преступности. Это потребовало дополнительной подготовки специалистов первичного медико-санитарного звена по вопросам консультирования и лечения жертв преступности (Freeman, 2000).

Что касается вопроса достаточности ресурсной базы, то следует отметить, что не существует простой формулы определения адекватного уровня финансирования. Более того, национальные базовые уровни могут оказаться малопригодными в подобной ситуации, так как существуют значительные различия в целях и приоритетах, целевых группах населения и сферах финансовой ответственности. Расходы на охрану психического здоровья в одной стране могут равняться расходам на социальное обеспечение в другой. Как было отмечено в других модулях, достаточность ресурсной базы должна в конечном итоге определяться повышением качества оказываемых услуг и показателями более широкого охвата населения.

Основные положения: Этап 3. Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья

- Для развития ресурсной базы в качестве отправной точки важно понять основные причины недостаточного финансирования психического здоровья.
- Недостаточное финансовое обеспечение охраны психического здоровья может иметь место по разным причинам. К ним относятся: неблагоприятная экономическая ситуация в стране; слабое осознание проблем психического здоровья и их последствий; нежелание или неспособность лиц, страдающих психическими расстройствами, (или членов семей) платить за лечение; неспособность лиц, формирующих политику в области здравоохранения, понять важность профилактики и лечения психических расстройств, а также широко распространенное мнение, что финансирование других медицинских услуг может принести больше пользы для общества.
- Ресурсная база может быть создана благодаря политическим инициативам, как подчеркивается в других модулях данного Свода методических рекомендаций.
- Ресурсную базу можно также создать через финансовые механизмы, такие как финансирование инновационных проектов и включение охраны психического здоровья в общую программу по привлечению ресурсов на развитие здравоохранения.

Этап 4. Выделение средств на решение приоритетных задач планирования

Этап 4 логически вытекает из Этапов 2 и 3. После определения потребности в ресурсах и создания ресурсной базы следующим шагом должно стать выделение необходимых ресурсов. Существуют разные способы выделения средств: по регионам, типам услуг, для лечения целевых групп населения и лиц с определенным уровнем дохода. Стратегии ассигнования средств должны быть тесно связаны с приоритетными направлениями, содержащимися в политике и планах по развитию системы охраны психического здоровья. Поскольку потребности в разных странах отличаются друг от друга, то невозможно разработать одну универсальную стратегию распределения ресурсов.

Тем не менее, в стратегиях развития здравоохранения, представленных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире* (Всемирная организация здравоохранения, 2001а) основное внимание уделяется переводу услуг охраны психического здоровья из психиатрических клиник, интеграции служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения и разработке стратегий для движения вперед. Несмотря на это, необходимо разработать специальные стратегии распределения ресурсов на основе политики и планов по развитию сектора охраны психического здоровья.

Выделение финансовых средств в соответствии с планами и политикой по охране психического здоровья может происходить следующим образом:

- распределение общегосударственных ресурсов по районам;
- финансирование групп населения с различными уровнями дохода;
- финансирование мероприятий и конкретных вмешательств;
- финансирование целевых групп населения;
- финансирование регионов.

Как и на предыдущих этапах, важно иметь четкое понимание существующих механизмов для совершенствования системы распределения соответствующих ресурсов на охрану психического здоровья. Принципы справедливости и отчетности являются главными аспектами распределения. Достаточно ли финансируются службы охраны психического здоровья? Получают ли бедные слои населения необходимое психиатрическое лечение? Существуют ли серьезные региональные диспропорции, например, сконцентрированы ли службы охраны психического здоровья только в больших городах или отдельных регионах? Направляются ли средства изначально в большие психиатрические клиники? Иными словами, получают ли службы охраны психического здоровья по месту жительства и другие службы достаточное финансирование?

Распределение общегосударственных ресурсов по районам

Передача вопросов контроля и отчетности по финансированию системы здравоохранения на местный уровень осуществляется повсеместно для более эффективного использования имеющихся ресурсов. Таким образом, на районном уровне осуществляется контроль и происходит выделение средств в соответствии с конкретными потребностями, и район несет ответственность за использование ресурсов, что, теоретически, повышает возможность отслеживать расходование средств и позволяет повысить эффективность их использования.

Схемы финансирования служб охраны психического здоровья могут быть достаточно сложными, включая распределения средств общегосударственных, региональных и муниципальных органов власти, а также помощь профсоюзов, общественных организаций и иностранных государств. Однако при распределении необходимо учитывать основные приоритеты охраны психического здоровья, а также решать вопросы справедливого доступа населения к услугам служб охраны психического здоровья. В упрощенной форме это означает равное распределение ресурсов на душу населения, как, например, в Испании (M. Knapp and D. McDaid, личная переписка, 2001 г.).

Подобные схемы, однако, не учитывают разный уровень распространенности психических заболеваний (показатели распространенности обычно выше в группах с низкими доходами, чем с высокими), диспропорцию в распределении имеющихся ресурсов (в одних областях у населения может быть гораздо лучший доступ к лечению, чем в других) и разницу в стоимости предлагаемых услуг (в которую входят, например, транспортные расходы, расходы на инфраструктуру, заработная плата медицинских работников).

Существуют различные способы распределения финансовых средств.

Распределение ресурсов должно базироваться на принципах справедливости и отчетности.

Можно разработать специальные схемы для решения подобных проблем. Поскольку переход к использованию таких схем распределения ресурсов может оказаться достаточно сложным, очень важно достичь определенного консенсуса по допустимым компонентам и различным источникам данных.

Схема распределения общегосударственных ресурсов по районам может также включать рекомендации или требования по использованию предоставляемых средств. В США, например, федеральный пакет расходов на охрану психического здоровья включает определенную сумму на проведение программ по охране психического здоровья детей и подростков.

Даже в одном районе средства могут выделяться непропорционально. Например, районные специалисты по планированию могут не понимать важность охраны психического здоровья и, следовательно, не выделять достаточно средств на психиатрическое лечение в рамках районного бюджета здравоохранения. У районных специалистов по планированию могут быть недостаточные навыки управления и подготовки финансовой отчетности, что необходимо для оказания услуг по лечению психических расстройств на должном уровне. Местные органы власти не всегда способны мобилизовать достаточно ресурсов через федеральные каналы. В Рамке 6 отражены некоторые проблемы, которые могут сопровождать процесс децентрализации служб охраны психического здоровья. Контрактные механизмы, о которых речь пойдет дальше в данном модуле, позволяют направить местные ресурсы для решения национальных приоритетных задач.

Схема распределения ресурсов может содержать рекомендации или требования по использованию средств на районном уровне.

Рамка 6. Влияние политики децентрализации на работу государственных психиатрических клиник в Индонезии: перспективы финансирования

– В 2001 г. в Индонезии в результате проведения политики децентрализации основные полномочия федерального правительства были переданы на провинциальный и районные уровни, включая право распоряжаться финансовыми ресурсами. Однако у федерального правительства по-прежнему есть централизованный бюджет.

– Ответственность за работу государственных психиатрических клиник была делегирована федеральным правительством властям провинции. Службы охраны психического здоровья по месту жительства находятся в ведении районной власти.

– В бюджете правительства страны расходы на охрану психического здоровья составляют примерно 1,7% от расходов на здравоохранение. За исключением 3% средств бюджета охраны психического здоровья, выделяемых на отдел охраны психического здоровья Министерства здравоохранения и четыре училища медицинских сестер, бюджетные средства выделяются государственным психиатрическим клиникам. В Министерстве здравоохранения нет бюджета на финансирование служб охраны психического здоровья по месту жительства (за лечение хронических больных отвечает Министерство социального обеспечения). На уровне провинции бюджет служб охраны психического здоровья составляет 0,3% регионального бюджета здравоохранения.

– В результате политики децентрализации 25 центральных государственных клиник были переданы в ведение региональных органов власти. Бюджет федерального правительства сократился с 146,8 миллиарда рупий в 1999 г. до 63,5 миллиарда в 2001 году.

– Хотя цель децентрализации заключается в создании системы контроля и поддержки охраны психического здоровья на местном уровне, до сих пор остается открытым вопрос, насколько это оказалось полезным для процесса лечения психических заболеваний. Последствия децентрализации до конца не понятны, так как власти провинции не имеют опыта освоения бюджетных средств в сфере охраны психического здоровья, которое до этого не являлось для них приоритетом.

Источник: *Trisnantoro, 2002.*

В случае существования отдельного бюджета на охрану психического здоровья специалистам по планированию, возможно, придется разработать схему распределения ресурсов. При этом необходимо принять во внимание следующие факторы: текущее распределение ресурсов; приоритетные направления; оказание услуг в сельской местности; процент безработного населения или населения с низкими доходами. Если отдельного бюджета на охрану психического здоровья не существует, специалистам по планированию может понадобиться разработка механизма финансирования для включения основных компонентов оказания психиатрических услуг или отдельных статей в бюджет района. В случае составления финансовой и деловой отчетности на районном уровне необходимо разработать правила учета расходов и оказания услуг службами охраны психического здоровья.

Финансирование групп населения с различными уровнями дохода

Выделение средств для различных групп населения в зависимости от их дохода непосредственно связано с применением на практике принципа справедливости. Вопросы справедливости при оказании медицинской помощи четко прописаны во многих национальных программах по охране психического здоровья (или в разделе о статусе охраны психического здоровья, или в разделе о доступе к получению услуг). ВОЗ пропагандирует принципы справедливости и равного доступа к медицинским услугам.

Однако принцип справедливости действует не везде. Доступ к лечению во многих странах зависит от уровня дохода. Общая тенденция заключается в том, что лица с более высокими доходами имеют лучший доступ к психиатрической помощи, чем представители бедных слоев населения. Аналогичная ситуация сложилась и в сфере доступа к другим медицинским услугам.

В ряде случаев такое неравенство является пережитком прошлого. В Гане и Замбии, например, больницы в Аккре и Лусаке обязаны были предоставлять колониальной элите бесплатную или субсидированную государством медицинскую помощь. Для лиц, формирующих политику здравоохранения, было чрезвычайно трудно добиться перевода данной категории населения на обслуживание в частных клиниках или оплаты богатыми полной стоимости медицинских услуг в государственных больницах. Профсоюзы борются за защиту существующих государственных субсидий в странах Латинской Америки со средним уровнем дохода на душу населения, правительства которых расширяют финансовую поддержку сектору здравоохранения, базирующемуся на системе социального обеспечения, основой которой являются налоговые льготы, государственная поддержка страхования и прямое бюджетное финансирование органов социального обеспечения. Профсоюзы медицинских работников – главный источник сопротивления переменам. Перевод системы здравоохранения на финансирование базового лечения потребует от врачей и медицинских сестер перехода из больших городских больниц в небольшие медицинские учреждения на периферии, в сельской местности или бедных городских кварталах, где условия проживания и работы будут несоизмеримо хуже, чем в больницах центрального подчинения. В этой связи совершенно неудивительно, что медицинские работники оказывают яростное сопротивление наступающим переменам. Аналогичным образом перераспределение государственных расходов в секторе здравоохранения способно привести к снижению количества государственных дотационных служб здравоохранения.

Как добиться исполнения принципа справедливости в подобных условиях?

Страны, в которых принцип справедливости применяется сравнительно успешно, отличаются средним или высоким уровнем экономического роста. Они использовали преимущества расширенной ресурсной базы для улучшения медицинского обслуживания в целом и малоимущих слоев населения в частности. Хотя экономический рост напрямую не ведет к изменению системы оказания базовых услуг, подобные изменения чрезвычайно сложно провести в его отсутствие. В 1970-х и 1980-х годах в Гане, Перу и Замбии был период застоя и даже падения валового национального продукта, и государственные расходы на здравоохранение были сведены к минимуму. И наоборот, экономика Коста-Рики в 1970-е годы росла в среднем на 6% в год, а в 1980-е годы на 3%, а в Малайзии на 7% ежегодно в течение обоих десятилетий. Опыт Коста-Рики и Малайзии по обеспечению принципа справедливости при оказании медицинской помощи для групп населения в зависимости от их доходов в системе общего здравоохранения может оказаться довольно полезным при внедрении аналогичного принципа в области охраны психического здоровья.

Политика здравоохранения может быть направлена на помощь исключительно ущемленным группам населения. Программы могут предназначаться для населения с невысоким уровнем дохода, проживающего в сельской местности. Зимбабве продемонстрировала хороший пример работы по целевому географическому принципу, сконцентрировав усилия на сельских и районных медицинских учреждениях и больницах. В Коста-Рике базовое первичное лечение и профилактика, например проведение иммунизации, организация борьбы с диареей и оказание безопасной перинатальной помощи, также были нацелены на

Страны, в которых принцип справедливости применяется сравнительно успешно, отличаются средним или высоким уровнем экономического роста.

Принцип справедливости реализуется тогда, когда существуют программы медицинской помощи бедным.

бедные слои населения, которые больше страдают от управляемых инфекций, диареи и осложнений при рождении детей, чем богатые. В то же самое время такая система первичной помощи и профилактики оказала положительное воздействие на средний класс и богатых, что было важно в плане политической поддержки данных инициатив.

В большинстве стран со средним уровнем дохода на душу населения равный доступ к медицинским услугам и равномерное распределение средств здравоохранения были достигнуты преимущественно благодаря охвату всего населения медицинским страхованием. В начале 1980-х годов, например, в Коста-Рике было принято решение о всеобщем социальном страховании медицинских услуг. Это означало социальное страхование тех 20% населения, которые не имели страховки, преимущественно беднота. Возникла необходимость субсидирования медицинской помощи для бедных, поскольку их отчисления из зарплаты в фонд социального страхования оказались недостаточными для покрытия стоимости медицинских услуг.

Информирование общественности, например, о состоянии здоровья различных слоев населения, о различиях в предоставлении услуг, общих расходах на здравоохранение и государственных расходах на субсидии различным группам населения является важнейшим элементом проведения реформ здравоохранения, направленных на создание равного доступа к медицинским услугам.

Опыт реформ ряда стран, а также большого числа стран, не перешедших к поддержке малоимущих слоев населения при оказании медицинских услуг, свидетельствует о значительных сложностях на пути к равному предоставлению медицинского обслуживания. Влиятельные политические группы, которые могут многое потерять из-за нарушения сложившегося статус-кво, способны оказать сильное сопротивление реформам. Для продолжения реформ необходимо проведение информационно-пропагандистской работы среди населения, умелое привлечение на свою сторону влиятельных лиц, проведение переговоров и четкое руководство процессом реорганизации.

Что специалистам по планированию и лицам, формирующим политику в области здравоохранения, необходимо сделать для преодоления неравенства. В определенной степени это зависит от того, насколько данному вопросу уделяется внимание в процессе планирования и разработки политики. Если этот аспект присутствует на начальном этапе, то существует несколько возможностей осуществления стратегии финансирования. Во-первых, можно выделить ресурсы для конкретных групп населения или регионов. Во-вторых, частные индивидуальные платежи, если их достаточно, могут пойти на оплату медицинских услуг тех, кто не может за них заплатить вообще или может заплатить лишь определенную часть в зависимости от своего дохода. В-третьих, специалисты по планированию психиатрической помощи должны работать в тесном контакте с работниками здравоохранения, которые занимаются вопросами доступа и льготного медицинского обслуживания, с тем чтобы определенным категориям лиц с психическими расстройствами были предоставлены соответствующие льготы.

Финансирование мероприятий и конкретных вмешательств

Лицам, формирующим политику в области здравоохранения, придется принимать решения по выделению ограниченных ресурсов на охрану психического здоровья. Подобные решения могут касаться *типа предоставляемых услуг*, например на базе клиники или служб охраны психического здоровья по месту жительства, использования психотропных препаратов, а также вопросов ведения пациента; *работы с целевыми группами населения*, например оказание психиатрической помощи детям или взрослым, лицам с серьезными психическими расстройствами или легкой степенью депрессии; *охвата медобслуживанием регионов*, например районов, где лицам с психическими расстройствами не оказывается достаточное количество услуг или где в результате стихийных бедствий люди нуждаются в специальной психологической помощи. В разделе «Введение» было подчеркнуто, что должна существовать четкая взаимосвязь между потребностями и приоритетами, которые выявляются на стадии разработки политики и планирования по выделению ресурсов. Решения о финансировании должны быть основаны на данных процессах.

Лечение в клинике или по месту жительства. Перевод средств психиатрических клиник для развития служб охраны психического здоровья по месту жительства часто предлагается в качестве наиболее оптимального подхода по созданию системы обслуживания пациентов по месту жительства. (См. модуль «Организация служб охраны психического здоровья».) Такой подход может быть эффективным при наличии хорошо развитой и функционирующей системы охраны психического здоровья на местах. В большинстве стран, однако, требуются дополнительные средства для создания этого сектора охраны психического здоровья. Во время переходного периода может потребоваться организация планирования по финансированию как услуг психиатрических клиник, так и сектора психиатрической помощи по месту жительства (Thornicroft & Tansella, 1999). Более того, в некоторых странах, где отмечается нехватка мест в психиатрических клиниках, для оказания поддержки в

Охват всего населения медицинским страхованием способствует равному доступу к медицинским услугам.

Лицам, формирующим политику здравоохранения, необходимо принимать решения по выделению средств на охрану психического здоровья.

Необходимо учесть различные факторы при перераспределении средств из психиатрических клиник на создание эффективной системы охраны психического здоровья по месту жительства.

становлении сектора психиатрической помощи по месту жительства закрытие психиатрических клиник может быть не самым оптимальным вариантом. В реальности наличие определенного количества мест в таких клиниках может стать важным фактором для нормального функционирования системы охраны психического здоровья по месту жительства. В странах с излишком мест в клиниках их количество может быть сокращено, а средства от сокращения могут быть направлены на поддержание системы охраны психического здоровья по месту жительства. Но даже при такой системе существуют определенные факторы, способные осложнить ее работу. Некоторые из них представлены ниже.

– **Фиксированные расходы психиатрических клиник.** Значительная часть средств психиатрических клиник идет на содержание инфраструктуры и оплату медицинского персонала. Сокращение медицинских работников может привести к высвобождению средств. Если отделение или палата будут закрыты, то местным службам охраны психического здоровья можно перевести средства, предназначавшиеся для персонала данного отделения психиатрической клиники. Резюмируя можно сказать, что экономия средств происходит тогда, когда сокращают всех сотрудников (например, в отделении или палате), а не тогда, когда из палаты выписывают несколько пациентов.

– **Наличие служб охраны психического здоровья по месту жительства.** Использование средств психиатрических клиник для развития системы охраны психического здоровья по месту жительства должно основываться на наличии возможностей и ресурсов на местном уровне для лечения пациентов, которые получали помощь в психиатрических клиниках. Возможно потребуется двойное финансирование при создании системы охраны психического здоровья на местах, с тем чтобы нуждающиеся в ее услугах могли быть переведены туда из психиатрической клиники.

– **Законные интересы персонала психиатрических клиник.** Персонал клиник занимает определенные должности, получает соответствующую зарплату и имеет право на некоторые льготы, которыми он не готов поступиться ради реформ. Административно-территориальные образования, на территории которых находятся психиатрические клиники, имеют от этого определенные экономические преимущества и могут сопротивляться сокращению их персонала. Подобные факторы необходимо также принимать во внимание при переходе на систему охраны психического здоровья по месту жительства.

– **Хороший уровень лечения в психиатрических клиниках.** В случае недостаточного финансирования больным может продолжаться предоставляться специализированная помощь и лечение тяжелых случаев в стационарных условиях. В этом случае большую часть средств целесообразно направлять на финансирование лечебного процесса в психиатрических клиниках. В подобных обстоятельствах при создании системы охраны психического здоровья по месту жительства не стоит рассчитывать на снижение уровня госпитализации.

Рамка 7. Закрытие психиатрической клиники в Пачуке

Закрытие психиатрической клиники в Пачуке является хорошим примером перевода средств из системы институционального лечения в систему охраны психического здоровья по месту жительства.

– Клиника на 287 мест занималась лечением пациентов с длительной продолжительностью пребывания в стационаре с диагнозом шизофрения и умственная отсталость.

– После многочисленных жалоб на плохие условия было принято решение использовать финансовые средства, выделяемые данной больницей, для создания модели оказания психиатрической помощи на базе служб психиатрии по месту жительства.

– Средства, предназначавшиеся клинике, были использованы для финансирования 10 домов (каждый на 12 человек), одного стационарного отделения на 30 мест для тяжелых больных в старой клинике, одной амбулатории и двух реабилитационных учреждений для психически больных на 34 человека.

– Для претворения данной модели в жизнь 117 постоянных пациентов данной клиники были переведены в клиники и институты в других штатах.

– Новая модель начала функционировать в ноябре 2000 г., и после года работы результаты оказались очень положительными в плане улучшения социально-психологического климата и повышения качества жизни.

Источник: *Goering et al., 1997; Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación, Ciudadana y Derechos Humanos, Mexico 2001.*

С финансовой точки зрения перевод ресурсов психиатрических клиник на места (или создание специализированных служб охраны психического здоровья или служб для работы с целевыми группами населения) должен происходить в соответствии с проводимой политикой и планированием. В то же самое время целесообразность такого перевода зависит от финансового анализа стоимости возможных альтернатив. Как было показано на предыдущем примере, переход на лечение психических заболеваний в системе охраны психического здоровья по месту жительства требует проведения стоимостного анализа работы новых учреждений и служб. Следует также учитывать расходы переходного периода, когда потребуются ресурсы на финансирование старых служб, продолжающих свою работу, и новых, с тем чтобы подобный переход проходил как можно более плавно. Недостаточное финансирование на переходном этапе может привести к тому, что старые службы охраны психического здоровья перестанут существовать. Наконец, необходимо провести оценку финансовых последствий подобного перехода для медицинского персонала, пенсионной схемы и других факторов безболезненного перехода к новой системе.

Целевые группы населения. Выделение ресурсов для целевых групп населения должно происходить при получении информации о наличии таких групп населения, оказание помощи которым является одним из приоритетов, так как они не получают необходимых услуг. В большинстве случаев в системе охраны психического здоровья особым приоритетом пользуются лица с тяжелыми психическими расстройствами. Рациональное объяснение этому заключается в том, что в существующих условиях подобным больным иногда не уделяется достаточного внимания из-за финансовых ограничений: данный контингент нуждается в длительном лечении, которое является более дорогим. К другим группам населения, часто нуждающимся в специальном финансировании, относятся дети, подростки, больные с сочетанным диагнозом (например, психическое расстройство и наркотическая зависимость) и лица, нуждающиеся в уходе со стороны разных институтов и агентств.

Помимо лиц с психическими расстройствами, есть много других людей, которые находятся в зоне риска в силу крайне сложных обстоятельств. К ним относятся люди, живущие в крайней нищете, как, например, жители трущоб; дети и подростки, брошенные родителями на произвол судьбы; женщины, подвергшиеся домашнему насилию; одинокие пожилые люди; жертвы насилия, например жертвы военных конфликтов; мигранты, включая беженцев и многих представителей коренных народов (Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.).

Регионы. Отдельные районы могут нуждаться в финансовых средствах из-за неблагоприятных экономических условий, особенного состава населения или возникновения чрезвычайных ситуаций. Для привлечения финансирования в подобных ситуациях необходимы специальные инициативы.

В контексте ограниченного финансирования выделение ресурсов часто напоминает карточную систему раздачи продовольствия, когда предпочтение отдается приоритетным направлениям. Часто не всегда удается достигнуть предварительного консенсуса относительно выбранных приоритетов. В процессе разработки политики и планирования необходимо достигнуть консенсуса, который будет рациональным основанием для принятия решения о выделении финансовых средств.

Выделение средств для уязвимых групп населения чрезвычайно важно для удовлетворения их потребностей.

Основные положения: Этап 4. Выделение средств на решение приоритетных задач планирования

– Выделение средств должно происходить в соответствии с приоритетными направлениями политики охраны психического здоровья и вопросами планирования.

– Выделение средств регионам может основываться на принципе финансирования на душу населения. Подобная схема, не учитывает разный уровень распространенности психических заболеваний (показатели распространенности обычно выше в группах с низкими доходами, чем с высокими), диспропорцию в распределении имеющихся ресурсов (в одних областях может быть больше ресурсов для охраны психического здоровья, чем в других) и фактор доступа к медицинским услугам (в отдаленных и сельских областях доступ к психиатрической помощи может оказаться более затрудненным, чем в больших городах). В процессе планирования данные факторы необходимо принимать во внимание при разработке стратегий по выделению федеральных средств для финансирования системы охраны психического здоровья по месту жительства.

– Выделение средств регионам должно происходить в координации со стратегиями по децентрализации или делегированию полномочий на местный уровень. Важно уделить внимание развитию управленческих навыков и оказанию поддержки службам охраны психического здоровья для достижения положительных результатов реформирования и большего контроля на местном уровне.

– При выделении средств для отдельных вмешательств компонентов системы охраны психического здоровья необходимо исходить из потребностей целевых групп населения и типа оказываемых услуг. В процессе планирования информация о наиболее экономически эффективных типах услуг по лечению конкретных расстройств у различных групп населения может оказаться весьма полезной.

– Один из подходов к созданию системы охраны психического здоровья по месту жительства заключается в использовании ресурсов психиатрических клиник. Однако подобная стратегия нуждается в тщательном анализе и должна быть основана на оценке потребности в количестве больничных мест в процессе становления и роста системы охраны психического здоровья по месту жительства. На начальном этапе, возможно, потребуется двойное финансирование, чтобы службы охраны психического здоровья по месту жительства смогли предоставить необходимый спектр психиатрической помощи для пациентов, выписываемых из психиатрических клиник. Перевод средств не может осуществляться постепенно. Это должно произойти одновременно, так как ресурсы на содержание больниц не могут быть переведены на места до закрытия отделений и сокращения штатов психиатрических клиник.

Этап 5. Разработка бюджета для управления и отчетности

После разработки ресурсной базы для охраны психического здоровья и необходимого выделения ресурсов следующим важным шагом является составление бюджета. Бюджет организации – это план достижения поставленных целей на определенный период, выраженный в денежном эквиваленте. Бюджет есть не что иное как план действий, представленный в виде финансовой схемы (Warren, 1992). Как было отмечено в предыдущем разделе, в основе бюджетного процесса должно лежать планирование, а не финансовые вопросы. Слишком часто составление бюджета и планирование происходит независимо друг от друга, что приводит к ситуации, когда стратегические цели и задачи не достаточно четко отражены в бюджете.

Планирование может быть стратегическим и оперативным. В ходе разработки стратегических планов основное внимание следует сфокусировать на способах и механизмах достижения поставленных задач в широком смысле. В ходе текущего или оперативного планирования разрабатываются конкретные детали по достижению целей, например, кто несет ответственность и за что в данный период. Исполнение бюджета происходит в основном на оперативном уровне, где отражены имеющиеся ресурсы и механизмы выделения. Бюджетные процессы отличаются друг от друга своей специфичностью и логикой построения.

Функции бюджета

Функции бюджета заключаются в осуществлении **планирования**, разработке политики, создании механизма контроля и системы отчетности. При проведении планирования в рамках бюджета определяется стоимость различных компонентов оказания психиатрической помощи населению. Например, для разработки бюджета психиатрической клиники необходимо определить количество пациентов и персонала, как медицинского, так и административного, для составления сметы. Аналогичным образом составляется бюджет для служб охраны психического здоровья по месту жительства, размер которого затем оказывает влияние на их нормальное функционирование и способствует дальнейшему росту.

Бюджет является концентрированным выражением **политики**. Если на какую-либо службу не выделены бюджетные средства, даже если она является важным компонентом общегосударственной программы по охране психического здоровья или частью стратегического плана, то бюджет отражает способность применения на практике такой политики. Например, если декларируется, что лица с тяжелыми психическими расстройствами имеют право на бесплатное медикаментозное лечение, а бюджет не может это обеспечить, политика охраны психического здоровья таким образом декларирует невозможность получения бесплатных лекарственных средств больным с тяжелыми психическими расстройствами.

Бюджет также обладает **контрольными функциями**. Бюджет – механизм выделения финансовых средств и определения потребности в ресурсах для выполнения конкретных задач. Однако это не означает, что данные задачи обязательно решаются на практике. Затраты на проведение мониторинга и мониторинг поставленных целей позволяют руководителям проверять соответствие реальных расходов проектным. Регулярный мониторинг данных аспектов представляет хорошие возможности для корректирующих действий, пересмотра хода деятельности и повышения качества исполнения бюджета.

Наконец, бюджет служит для составления **отчетности**. Выделение средств в рамках бюджета обычно происходит для конкретных служб и подразделений. Каждая служба несет ответственность за выделяемые ресурсы и расходы, способствующие достижению поставленных стратегических целей. Она обязана регулярно предоставлять отчет, например еженедельно, ежемесячно или ежеквартально, для сравнения реальных затрат с бюджетными прогнозами. Таким образом, бюджет является инструментом ответственности, отчетности и средством достижения цели.

Типы бюджета

Существует четыре типа бюджета: общий, постатейный или целевой, ориентированный на результаты и нулевой.

Бюджет – это план достижения поставленных целей, выраженный в денежном эквиваленте.

Четыре функции бюджета заключаются в осуществлении планирования, разработке политики, создании механизма контроля и системы отчетности.

Общий бюджет. Общий бюджет – фиксированная сумма, выделяемая конкретной организацией. Объем общего бюджета обычно зависит от схемы финансирования или объема предыдущего финансирования. Преимущество общего бюджета заключается в том, что он позволяет организациям, для которых выделяются финансовые средства, проявлять максимальную гибкость. Они могут направлять выделенные ресурсы на местные потребности и достижение общих целей. Основным недостатком кроется в отсутствии гарантий использования выделенных средств на финансирование приоритетных направлений. Более того, в подобных ситуациях не существует налоговых стимулов для создания прозрачной системы расходования средств. Если в рамках выделяемых средств цели организации легко достижимы, то у сотрудников нет стимулов для минимизации расходов или достижения более высоких целей. Если годовой бюджет рассчитан на основе показателей за предыдущий год, то для минимизации расходов организации может быть выделено меньше средств на следующий.

Общий бюджет – фиксированная сумма, выделяемая конкретной организацией.

Целевой или постатейный бюджет. В целевом или постатейном бюджете определяются объемы финансирования по каждой статье расходов. В таком бюджете статьи расходов являются целевыми. Например, расходы по каждой больнице (или нескольким больницам вместе) выделены в отдельную статью. В более подробном варианте отдельной статьей могут быть прописаны расходы по каждой категории медицинских специалистов. Чем более подробно прописаны расходы по каждой статье, тем больше возможностей для учета и контроля. С другой стороны, постатейный бюджет является более жестким и не позволяет руководству учреждений использовать имеющиеся ресурсы более оптимальным способом. Важным аспектом постатейного бюджета является возможность отчисления средств из статьи расходов. Например, в бюджете может быть указан определенный процент от средств данной статьи расходов на психиатрические клиники, который может отчисляться службам охраны психического здоровья по месту жительства, или определенная часть средств одной клиники, которая может быть переведена другой.

В постатейном бюджете определяются объемы финансирования по каждой статье расходов.

Бюджет, ориентированный на результаты. При составлении бюджета, ориентированного на результаты, основываются на том, что должно быть сделано, а не на уже потраченных денежных средствах для достижения поставленных целей. В подобном бюджете определены задачи и прописаны меры по достижению результатов. При выполнении подобного бюджета необходимо:

Бюджет, ориентированный на результаты, определяет стоимость затрат на достижение поставленных целей.

- разделить организацию труда на отдельные программы, задачи или услуги;
- детально прописать цели и службы в рамках каждой программы;
- для нормального функционирования программы установить производственные показатели, например количество посещений амбулаторных больных;
- выделить средства в соответствии со стоимостью программы;
- установить систему отчетности, отражающую проделанную работу и ее общую стоимость.

Бюджет, ориентированный на результаты, требует организации эффективной системы отчетности, с тем чтобы стоимость выполненных работ или оказанных услуг могла быть соотнесена с запланированными результатами или целями. Данный бюджет скорее призван упростить мониторинг и отчетность по результатам проделанной работы, чем по затраченным средствам.

Нулевой бюджет. Нулевой бюджет требует от каждого руководителя представить заявку с подробным и детальным обоснованием потребности в финансировании. Нулевой бюджет позволяет проводить переоценку всех программ и всех расходов каждого бюджетного цикла. При подготовке нулевого бюджета каждый руководитель готовит пакет предложений с анализом расходов, целей, производственных показателей, последствий невыполнения намеченных обязательств и ожидаемой пользе. После этого происходит расстановка представленных проектов в зависимости от их важности. Процесс ранжирования позволяет руководителям определить приоритеты конкретных секторов и организаций. Данный процесс позволяет иметь общую картину потребностей, расходов и приоритетов для принятия решений по выделению необходимого финансирования (Warren, 1992). Значимость нулевого бюджета заключается в отражении реальной финансовой ситуации существующей (или предлагаемой) системы услуг, а также в его способности усилить связь между процессом планирования, определением приоритетов и составлением бюджета. Большая операционная стоимость является существенным недостатком данного типа бюджета.

Нулевой бюджет дает возможность получить общую картину существующих потребностей, возможных расходов и приоритетных направлений развития.

В значительной степени выбор бюджета зависит от того, где его составляют, например бюджетная схема, используемая для общественного здравоохранения. Однако, как было показано ранее, бюджет является инструментом управления и должен соответствовать существующей системе предоставления услуг, целям планирования и проводимой политике

в области здравоохранения. Бюджет есть нечто большее, чем прогноз расходов для отдельного сектора оказания услуг; он является инструментом определения ожидаемых производственных показателей, инструментом мотивации сотрудников для достижения поставленных целей и задач, а также механизмом проведения мониторинга и оценки работы различных звеньев системы.

Эффективность бюджетирования зависит от рационального выбора альтернативных путей расходования средств. При этом необходимо четко определять приоритеты среди многих важных направлений работы. Выполнение каких задач наиболее важно в течение конкретного периода? Бюджет предоставляет возможность проводить оценку альтернативных вариантов действий для достижения одной и той же цели. Более того, бюджет позволяет четко обозначить цели и задачи мероприятий. Правильность составления бюджета зависит от полноты информации и от эффективного и четкого взаимодействия на всех уровнях.

Опыт австралийского штата Виктория служит примером того, как можно использовать бюджетную систему для повышения качества услуг (Департамент социального обеспечения штата Виктория, 1994 г.). Новый подход в системе управления здравоохранением стал способствовать использованию руководством инновационных методов при разработке стратегий по повышению качества услуг при одновременном снижении их стоимости. Механизм достижения поставленных целей сводился к созданию финансовой системы управления, которая учитывала результаты, а не затраты на них. В предложенной схеме управления и отчетности для достижения поставленных целей и задач правительство закупает товары и услуги у своих министерств. В такой схеме менеджеры и руководители получили больше прав и стали нести больше ответственности за принятие решений.

Подобная схема, основанная на оценке конечного результата, содержит два ключевых компонента. Во-первых, правительство определяет свои конечные цели и основные параметры налогово-бюджетной политики. Во-вторых, оно устанавливает цели для конкретных министерств в рамках разработанной финансовой схемы. Предоставление полной отчетности является важным аспектом подобной системы, позволяющей выделять средства на достижение конкретных результатов как на протяжении определенного срока, так и по его истечению. Основные инициативы по пересмотру бюджета были связаны с продолжающейся перестройкой системы оказания психиатрических услуг, которая заключалась в постепенном закрытии больших государственных психиатрических клиник и создании интегрированной системы охраны психического здоровья, управляемой в основном через систему государственного здравоохранения. В результате проведенных мероприятий было повышено качество лечения психических расстройств у детей, подростков, взрослых, лиц старшего возраста, а также при предоставлении специализированных услуг.

Данный пример иллюстрирует, как бюджетирование может быть использовано для реформирования системы охраны психического здоровья. Более подробно с этим можно познакомиться в модуле «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья». Стадии бюджетного процесса, представленные в вышеуказанном модуле, включают:

- анализ бюджета за предыдущий год;
- анализ целей и задач в области предоставления услуг;
- запрос федеральному правительству о выделении ресурсов;
- проведение переговоров и обсуждений на различных уровнях;
- разработку проекта бюджета;
- принятие окончательного бюджета федеральным правительством.

Как было отмечено на Этапе 3 (Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья) разработка бюджета для инновационных проектов и финансирование инфраструктуры является важным компонентом. Более того, Этап 3 описывает важность взаимосвязи бюджета с поставленными приоритетами при разработке планов и политики здравоохранения, которые не ограничиваются только оказанием медицинских услуг. К данным приоритетам относятся разработка политики, повышение качества и пропаганда ценностей психического здоровья. На Этапе 3 для внедрения новых методов один из подходов заключался в создании специального инновационного фонда для продвижения идей и инициатив, предложенных в данном документе. В некоторых ситуациях, однако, это может быть очень непрактичным. Тем не менее, отдельные компоненты бюджетирования должны включать выделение средств на осуществление демонстрационных и оценочных проектов, в том числе для отработки основополагающих аспектов бюджетирования, с тем чтобы не ограничиваться только выделением средств на «обычную деятельность».

Бюджет является инструментом управления и должен соответствовать существующей системе предоставления услуг, целям планирования и проводимой политике в области здравоохранения.

Как бюджет может содействовать развитию политики и планирования охраны психического здоровья?

Первый шаг заключается в создании возможности отслеживать ресурсы, выделяемые на охрану психического здоровья как на общегосударственном, так и на районном уровне. Это позволяет проводить оценку имеющихся государственных ресурсов, предназначенных для охраны психического здоровья. Специалисты по планированию должны гарантировать наличие статьи о финансировании охраны психического здоровья в бюджетах всех министерств, имеющих к этому отношение, на всех уровнях – общегосударственном, региональном и районном.

Следующий шаг заключается в направлении средств этих бюджетов на финансирование приоритетных направлений, связанных с повышением качества обслуживания, а также пропаганду ценностей психического здоровья, планирование и содержание инфраструктуры. Данные статьи расходов могут быть включены в бюджеты. В этом случае сравнение расходов с бюджетными планами поможет определить степень освоения средств. Если это не представляется возможным, то необходимо получить информацию о проводимых мероприятиях и приоритетных инициативах. Все это облегчает процесс инвентаризации финансирования, описанный ранее.

Как только поступает необходимая информация об использовании имеющихся ресурсов, становится гораздо легче разрабатывать бюджет с упором на приоритеты политики и планов. Это также облегчает процесс прогнозирования затрат на расширение сферы медицинских услуг или в случае повышения их стоимости. Такой метод позволяет выявить слабые звенья системы. Для этого специалисты по планированию должны бороться за единообразное составление бюджета, если ранее оно не было стандартизировано, на всех уровнях.

Точность бюджетного прогнозирования повышается, когда текущие планы становятся более конкретными, что позволяет более тесно привязать бюджетный процесс к планированию и определению приоритетов в рамках политики охраны психического здоровья. Между бюджетом и планом существует тесная взаимосвязь: план определяет объем бюджета, а бюджет и оценка сопутствующих расходов позволяют определить, какие ресурсы имеются в наличии или каких ресурсов не хватает для развития приоритетных направлений.

Специалисты по планированию психиатрической помощи также должны конкретизировать бюджетные компоненты для обеспечения преемственности и внедрения инновационного подхода. Бюджетные компоненты по главным направлениям деятельности должны быть представлены в бюджете в том случае, если их выделили в качестве приоритетов в процессе планирования и разработки политики. Включение в бюджет демонстрационных и пилотных проектов, а также внедрение инновационных моделей может показаться несколько экстравагантным, хотя это может стать низкочастотным механизмом для осуществления необходимых изменений и предотвращения стагнации системы в ее современном виде.

Должен ли существовать отдельный бюджет для охраны психического здоровья?

Данный вопрос связан с тем, насколько бюджет охраны психического здоровья должен быть независимым или интегрированным в общий бюджет здравоохранения. С политической точки зрения целесообразно, чтобы бюджет охраны психического здоровья был частью общего бюджета здравоохранения. Для удобства бюджетного процесса, однако, рекомендуется иметь отдельный, независимый бюджет служб охраны психического здоровья, за который несут ответственность специалисты по планированию и лица, формирующие политику охраны психического здоровья, или отдельный бюджет как компонент общего бюджета здравоохранения.

Главная проблема заключается в том, что охрана психического здоровья является особой сферой, которая не получает заслуженного внимания в системе общего здравоохранения. Это происходит из-за недостатка информации о влиянии и стоимости психических расстройств для общества, стигматизации, ошибочного восприятия лечения как неэффективного, фрагментации существующих потоков финансирования и психиатрических услуг для лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, а также отсутствия действенной пропаганды ценностей психического здоровья, подчеркивающей необходимость перемен в данной сфере.

После формулирования четких планов и понятной политики охраны психического здоровья каждой стране необходимо решить, как использовать методы финансирования и составления бюджета для осуществления разработанных планов. Преимущество отдельного бюджета охраны психического здоровья заключается в том, что новые

дополнительные ресурсы могут быть направлены непосредственно на претворение планов и политики охраны психического здоровья в жизнь. Даже если они направляются на районный уровень или по месту жительства пациентов, существуют определенные гарантии, что данные средства пойдут на нужды охраны психического здоровья. Более того, отдельный бюджет позволяет проявлять определенную гибкость при переводе средств из одной области охраны психического здоровья в другую.

Даже если расходы на охрану психического здоровья частично покрываются из общего бюджета здравоохранения, важно задокументировать использование ресурсов на оказание психиатрической помощи. Данная информация может служить средством мониторинга за использованием ресурсов на оказание психиатрической помощи населению. Она также может быть использована при планировании для выявления потребности в дополнительных ресурсах. В рамках общего бюджета здравоохранения представляется полезным указать, что бюджет на охрану психического здоровья не подлежит каким-либо сокращениям, кроме специально оговоренных случаев.

Решение о создании отдельного бюджета для служб охраны психического здоровья или включение охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения зависит от самой структуры оказания услуг, наличия консенсуса между заинтересованными сторонами, эффективности пропаганды ценностей психического здоровья и государственной политики в области охраны психического здоровья. Выбор конкретной стратегии зависит от политического и административного устройства страны, а также от структуры оказания медицинских услуг. В любом случае, главная задача заключается в гарантировании выделения ресурсов, необходимых для решения приоритетных задач в области охраны психического здоровья.

Большинство рекомендаций и новаторских предложений данного модуля может быть выполнено только при наличии достаточных финансовых средств. Вне зависимости от того, будет ли бюджет на охрану психического здоровья отдельным или частью общего бюджета здравоохранения, важным аспектом является включение в него соответствующей статьи или средств на выполнение стратегий, которые считаются приоритетными в соответствии с намеченными планами и разработанной политикой. Эти приоритеты не должны сводиться только к оказанию услуг, но и должны включать вопросы финансирования разработки политики охраны психического здоровья, финансирования планирования и мероприятий по повышению качества работы психиатрических служб. Финансированию инфраструктуры для поддержания процесса управления службами охраны психического здоровья, например информационные системы и подготовка специалистов по их управлению, должно быть также уделено значительное внимание. Это фундамент, на котором система охраны психического здоровья будет стоять в будущем. Без финансирования данных аспектов и структур будет сложно внедрить новые методы, а это приведет к понижению потенциала существующей системы.

Отдельный бюджет на охрану психического здоровья обладает определенными преимуществами.

Важно, чтобы определенный процент общего бюджета здравоохранения предназначался на охрану психического здоровья.

Основные положения: Этап 5. Разработка бюджета для управления и отчетности

- Бюджет – это план по достижению поставленных целей, выраженный в денежном эквиваленте. Планирование должно предшествовать процессу составления бюджета. Слишком часто, составление бюджета и планирование происходит независимо друг от друга, что приводит к ситуации, когда стратегические цели и задачи не достаточно четко отражены в бюджете.
- Четыре функции бюджета заключаются в осуществлении планирования, разработки политики, создании механизма контроля и системы отчетности.
- Существует четыре типа бюджета: общий бюджет, постатейный или целевой бюджет, бюджет, ориентированный на результаты, и нулевой бюджет. Хотя у специалистов по планированию может не быть права выбора бюджета, они должны определить все преимущества и недостатки предлагаемой системы финансирования.
- Бюджет должен быть ориентирован на приоритеты планов и политики здравоохранения, которые не ограничиваются только оказанием медицинских услуг. К данным приоритетам относятся разработка политики, планирование и пропаганда ценностей психического здоровья.
- Для внедрения инновационных методов один из подходов заключается в создании специального инновационного фонда для финансирования демонстрационных и пилотных проектов, пусть и в небольшом масштабе, а также для пропаганды необходимости перемен и повышения качества охраны психического здоровья.
- Подводя итог, можно сделать заключение, что бюджет есть нечто большее, чем список расходов на охрану психического здоровья. Он является инструментом внедрения стандартов лечения, инструментом мотивации медицинского персонала для достижения поставленных целей и задач, а также служит механизмом мониторинга и оценки работы различных структурных компонентов системы.

Этап 6. Финансирование как средство оптимизации результативности и эффективности работы служб охраны психического здоровья

Финансирование психиатрических услуг является еще одним механизмом повышения результативности и эффективности лечения, а также средством достижения целей, определенных в процессе планирования. По мнению Jönsson & Musgrove (1997 г.), нет необходимости соединять между собой путь, по которому осуществляется оплата услуг, и путь, по которому они предоставляются пациентам. Необходимо принять решение относительно того, будет ли правительство (организация, имеющая необходимые ресурсы для оплаты психического лечения населения) оказывать услуги по охране психического здоровья напрямую, на основе контрактных обязательств, или финансировать услуги для населения, или, возможно, предоставлять населению или отдельным его группам средства для самостоятельного приобретения услуг. Традиционно существуют три формы оказания медицинских услуг населению.

– Компенсационная модель. Поставщики получают компенсацию после оказания услуг. Счет может направляться напрямую покупателю или пациенту, чьи расходы могут быть частично или полностью возмещены покупателем. Данный подход, часто применяемый со схемой платного лечения, используется в странах, где есть много частных и государственных потребителей услуг и большое количество частных поставщиков. В странах с низким и средним уровнями дохода на душу населения случаи использования компенсационной модели в системе государственного финансирования встречаются нечасто.

– Контрактная модель. Соглашение между плательщиками или страховщиками (возможно правительством) и поставщиками, цель которого заключается в повышении контроля за общей схемой финансирования и распределением средств. Подобная модель используется в программах по социальному страхованию с преимущественно частными (некоммерческими) поставщиками услуг.

– Интегрированная модель. Одно и то же министерство осуществляет контроль за финансированием и оказанием услуг. Сотрудникам выплачивается заработная плата, а бюджет является основным инструментом выделения ресурсов. Интегрированные модели используются в скандинавских странах, а также широко распространены в развивающихся государствах.

В большинстве стран присутствуют элементы всех трех моделей, а также смешанные модели финансирования. В подобных случаях часто имеет место замена одной модели другой. В принципе существуют две модели финансирования: (1) государственная монополия на финансирование здравоохранения и заключение контрактов с государственными и частными поставщиками и (2) интегрированная модель, при которой существует конкуренция между различными секторами и службами в рамках интегрированной системы.

Роль правительства зависит от типа выбранной модели. В первом случае правительство регулирует конкуренцию между плательщиками и страховщиками. После принятия решения о применении конкретной модели можно использовать разные подходы к повышению результативности и эффективности служб охраны психического здоровья. В данном разделе речь пойдет о финансировании медицинских услуг, когда правительство не является прямым поставщиком. Подобная схема может также существовать в отношениях между правительством и финансируемым юридическим лицом. Таким образом, министерство здравоохранения может заключить контракт с психиатрической клиникой или районными службами охраны психического здоровья, оказывающими определенные услуги с включением в него, в случае необходимости, штрафных санкций или схем поощрения.

Заключение контрактов на предоставление услуг немедицинского характера является широко распространенной практикой во многих странах. Так госпиталь Мулаго, центральная клиническая больница в Уганде, заключает контракты со своими сотрудниками, а также на оказание таких услуг, как питание для больных, обслуживание лифтов, паровых котлов и бойлерной. Аналогичная система существует в Таиланде, США и Зимбабве (McPake and Banda, 1994). Хотя процедура заключения контрактов на оказание медицинских услуг довольно распространена в Западной Европе и Северной Америке, данный механизм находится в стадии изучения в развивающихся странах (например, Пакистане, Южной Африке, Зимбабве).

Финансирование психиатрических услуг является механизмом повышения их результативности и эффективности.

Контрактные модели подразделяются на четыре категории.

- **Пакетный контракт** является своего рода продолжением бюджетирования. В данном случае поставщику выплачивается полная сумма для оказания определенных услуг.
- **Рабочий контракт** заключается на общую сумму для выполнения конкретного объема работ.
- **Контракт с фиксированной ставкой** предусматривает выплату фиксированной суммы за каждую оказанную услугу.
- **Целевой контракт** предполагает достижение определенной цели, а не способы или мероприятия, направленные на ее достижение. Главный упор делается на результате работы, а не на оценке самих усилий, необходимых для достижения этих результатов. Целевые контракты обычно содержат параметры оценки результатов, а не единицы измерения выполненной работы. В эти контракты обычно включаются штрафные санкции и механизмы стимулирования.

Аргумент против использования контрактной системы сводится обычно к тому, что в странах с низким уровнем дохода на душу населения и в отдаленных районах в ряде других стран поставщиков психиатрических услуг обычно бывает недостаточно, и конкуренция, которая должна способствовать повышению эффективности, невозможна в подобных условиях. Более того, заключение контрактов требует навыков ведения переговоров, знания бухгалтерского учета, внедрения информационных систем и мониторинга. Несмотря на это, контракты остаются полезным инструментом для детализирования качественных услуг для потребителей и могут стать основой для вознаграждения за эффективное оказание услуг или средством введения штрафных санкций в случае невыполнения обязательств. Подобного типа контракты могут заключаться между тем, кто выделяет средства на приобретение услуг, или финансовым институтом и организацией, получающей финансовые средства.

Способы финансирования психиатрических услуг

Способы финансирования психиатрических услуг во многом зависят от структуры и возможностей системы охраны психического здоровья каждой конкретной страны. Финансирование психиатрических услуг может происходить вместе с финансированием других типов медицинского лечения. Это может происходить либо напрямую, либо путем перечисления средств на лечение организациям на местах, например подразделениям министерства здравоохранения или местным властям, которые отвечают за финансирование услуг. Условия могут сильно отличаться в зависимости от страны. Ниже представлены различные варианты финансирования или использования методов финансирования психиатрических услуг.

Финансирование психиатрических услуг может происходить разными способами.

Государственные структуры преследуют несколько целей при организации и осуществлении надзора за системой оказания психиатрических услуг. Обычно эти цели заключаются в сдерживании или снижении стоимости услуг, расширении доступа к лечению психических заболеваний и повышению качества лечения. Поставщики иногда могут иметь аналогичные цели, однако в их работе преобладают другие стимулы, и, соответственно, в ряде случаев цели могут отличаться. Средством определения целей для потребителей услуг служит контракт; однако для достижения поставленных целей должна существовать хорошо отлаженная финансовая и платежная система.

Важно различать **оплату по факту** и **предоплату**. Оплата по факту производится после оказания услуги. Предоплата является фиксированным платежом, который выплачивается поставщику медицинских услуг за установленный период времени вне зависимости от факта оказания услуг. Перед началом лечения фиксированная сумма выплачивается на покрытие расходов поставщика услуг охраны психического здоровья в течение установленного периода времени. При таком методе оплаты, называемом **подушном**, поставщик медицинских услуг получает оплату за обслуживание каждого пациента вне зависимости от типа и количества предоставленных услуг.

Финансирование услуг может осуществляться из средств общего бюджета (профинансированные услуги для определенной группы населения), с использованием системы подушной оплаты (определенная группа населения обладает правом пользоваться услугами), базовой ставки лечения (реципиентам услуг) или гонорара за обслуживание (оплата лечения после оказания услуг).

а. Общий бюджет

Общий бюджет позволяет финансовому органу прогнозировать с определенной долей достоверности уровень расходов на охрану психического здоровья в течение данного года. Общий бюджет обычно используется, когда не имеется достоверных данных о количестве

пациентов. Общий бюджет строится на основе данных за предыдущий год, скорректированных исходя из заранее просчитанного процента сэкономленных средств. Общий бюджет может стать хорошим стимулом для контроля за стоимостью услуг и повышением их качества, особенно если поставщик обладает правом оставлять сэкономленные средства в качестве прибыли или оборотного капитала.

Согласно существующей практике бюджет составляется для покрытия расходов при предоставлении конкретных услуг в течение определенного периода времени и становится «потолком» кредитования. Бюджет может быть составлен из расчета покрытия издержек на душу населения или основываться на прошлогодних показателях. Общий бюджет содержит стимулы для осуществления контроля за расходами, позволяет оказывать более эффективное лечение и делает расходы более предсказуемыми. Он также позволяет поставщикам медицинских услуг проявлять большую гибкость при принятии решения о расходе бюджетных средств. Среди недостатков данной системы можно отметить неполный охват пациентов, стоимость лечения которых может оказаться значительной, а также опасность предоставления услуг более низкого качества или меньшего объема для минимизации расходов, с тем чтобы остаться в рамках бюджета.

Общий бюджет также используется для выплаты заработной платы врачам, при этом преимущество такого метода заключается в возможности организации надежного контроля за общими расходами и отделением процесса лечения от процесса вознаграждения за проделанную работу, а недостаток сводится к возможному снижению эффективности работы.

b. Подушная оплата

В системе подушной оплаты учитываются общие расходы при расчете фиксированной ставки на душу населения, при этом осуществляется покрытие определенного уровня предоставленных услуг вне зависимости от их объема.

При использовании подушной системы оплаты со страхованием рисков финансовый орган платит поставщику услуг ежемесячно за каждого пациента ставку, которая покрывает все расходы, связанные с оказанием медицинского обслуживания для определенной категории населения. Ставка оплаты на душу населения является фиксированной и не зависит от того, пользуется ли конкретное лицо услугами или нет. Она может быть установлена поставщиком заблаговременно или при проведении тендера. Полная подушная оплата является своего рода фиксированным бюджетом, служит хорошим стимулом для контроля за расходами и способствует повышению эффективности. Система полной подушной оплаты может стать как краткосрочным финансовым стимулом для неоправданного ограничения доступа к медицинским услугам, так и хорошим стимулом для повышения качества оказываемых услуг и обеспечения взаимодействия с другими поставщиками для достижения наилучших результатов лечения. Использование механизма мониторинга за соблюдением равного доступа к качественному лечению и эффективное применение стимулов и санкций во многом определяют, какое влияние окажет система полной подушной оплаты на охрану психического здоровья.

c. Базовая ставка

В данной модели финансовый орган платит фиксированную ставку за лечение каждого случая, например за каждого пациента, который обращается за психиатрической помощью. Одна из причин использования такого подхода заключается в сложности точного определения спроса на психиатрические услуги. Стоимость лечения отдельного случая рассчитывается на основе средних ожидаемых расходов только для потребителей услуг. В этой связи стоимость лечения одного случая обычно выше, чем стоимость лечения на душу населения при подушной системе оплаты, так как чистая подушная ставка рассчитывается на основе средних ожидаемых расходов как для потребителей услуг психиатрии, так и для здорового населения.

Базовая ставка может быть скорректирована в зависимости от предоставляемых услуг, времени оказания психиатрической помощи, физического состояния потребителя, региона и т. д. При расчете базовой ставки финансовому органу необходимо получить всю имеющуюся информацию на общегосударственном и региональном уровнях для оптимизации размера платежа. Определение размера базовой ставки может оказаться сложным процессом из-за недостаточности данных о стоимости услуг лечения психических заболеваний.

Базовые ставки могут применяться при срочной госпитализации для лечения психических расстройств. Например, базовая ставка может покрывать расходы на услуги в разных учреждениях за определенный период лечения. Преимущество данного подхода состоит в

том, что он позволяет поставщикам разрабатывать терапевтические схемы и выделять ресурсы для определенных групп пациентов. Недостаток метода заключается в том, что отдельные пациенты могут не получить оптимального пакета услуг.

d. Гонорар за обслуживание

Оплата в форме гонорара за обслуживание дает поставщикам экономические стимулы для обслуживания большего количества пациентов, так как лица, нуждающиеся в психиатрической помощи, платят за каждое посещение врача. Необходимо провести анализ учетной документации на предмет эффективности предоставляемых услуг.

При оплате по факту (базовая ставка или гонорар за обслуживание) сумма платежа поставщикам возрастает прямопропорционально объему предоставляемых услуг. Для поставщика существует финансовый стимул в увеличении объема услуг, так как это ведет к повышению гонорара, а стимулов к снижению стоимости не отмечается. Финансовый орган после установления стоимости услуги получает возможность контролировать весь процесс предоставления услуг.

В Рамке 8 приводится сравнение существующих стимулов при использовании двух моделей – оплаты в форме гонорара за обслуживание и системы подушной оплаты.

Рамка 8. Гонорар за обслуживание в сравнении с подушной оплатой

Гонорар за обслуживание	Подушная оплата
Обслуживание отдельных потребителей услуг	Обслуживание населения
Оплата по факту	Предоплата
Риск финансового органа	Риск поставщика
Процесс предоставления услуг	Результат предоставления услуг
Стимул к оказанию большего объема услуг, чем необходимо	Стимул к введению ограничений и отказу от ведения дорогостоящих случаев

Как показано в Рамке 8, при подушной оплате существует ответственность за предоставляемые услуги или обслуживаемое население, а при выплате гонорара за обслуживание основное внимание уделяется только пациентам, нуждающимся в услугах. Система передачи риска поставщикам служит стимулом оказания надлежащих психиатрических услуг населению и способствует раннему выявлению заболеваний и их профилактике, что ведет к снижению затрат (При неблагоприятной ситуации существует риск ограничения предоставления услуг. В этой связи необходимо установить стандарты и требования к качеству медицинского обслуживания). Более того, при подушной оплате основное внимание уделяется вопросам состояния здоровья населения, а не типам или объему предоставляемых услуг.

Важно отметить, что в каждой модели финансирования медицинских услуг для поставщиков существуют определенные стимулы. Общий бюджет, который обладает изначальной гибкостью, допускающей творчество и нововведения, не стимулирует поставщиков услуг к эффективному оказанию психиатрической помощи и не способствует расширению доступа к психиатрическим услугам и повышению их качества. Объем общего бюджета обычно зависит от расходов за аналогичный предыдущий период. Подушная система оплаты позволяет вовлекать в терапевтический процесс как можно большее количество больных, хотя при ней может не существовать стимулов для оказания услуг. Метод базовой ставки не позволяет поставщику получить оплату до оказания пациенту необходимых услуг. Соответственно в такой ситуации не существует стимулов для оказания услуг большему числу пациентов. Однако при этом отмечается тенденция к снижению уровня услуг. Форма оплаты в виде гонорара за обслуживание стимулирует оказание большего количества услуг для большего количества пациентов. Иногда это приводит к оказанию большего объема услуг, чем необходимо.

Основные положения: Этап 6. Финансирование как средство оптимизации результативности и эффективности работы служб охраны психического здоровья

- Существуют три основных модели взаимоотношений между финансовыми органами и поставщиками услуг: компенсационная, контрактная и интегрированная. Хотя интегрированные схемы оказания психиатрической помощи (финансовый орган является поставщиком услуг и отсутствует противопоставление поставщика услуг финансовому органу) широко распространены, в большинстве стран представлены смешанные модели. Кроме того, финансирование оказания психиатрической помощи значительно видоизменяется внутри каждой страны.
- Финансирование услуг может осуществляться из средств общего бюджета (услуги для определенной группы населения), с использованием системы подушной оплаты (определенная группа населения обладает правом пользоваться услугами), базовой ставки лечения (потребителям услуг) или гонорара за обслуживание (оплата лечения после оказания услуг).
- Каждая модель финансирования услуг имеет свои собственные стимулы, которые позволяют правительству (или финансовому органу) делать выбор в пользу наиболее подходящей схемы.

Этап 7. Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья

Создание инфраструктуры для финансирования служб охраны психического здоровья является важнейшим этапом осуществления задач политики и планирования. Четкая работа финансовых механизмов, описанных в данном модуле, во многом зависит от эффективности структур управления и качества получаемой информации. Данный аспект является очень важным и заслуживает особого внимания: слишком часто вопросы управления и администрирования уходят на второй план. Данный раздел посвящается следующим вопросам:

- управление/структура финансирования услуг;
- информационные системы;
- оценка и анализ экономической эффективности;
- обмен информацией и участие основных заинтересованных сторон.

Управление/структура финансирования услуг

Когда вопросы стоимости и качества услуг в области охраны психического здоровья стали наиболее острыми, появилась тенденция использования методов управления, используемых в бизнесе. (См. модуль «Повышение качества охраны психического здоровья».) В США концепции управляемой медицинской помощи стали находить все более широкое применение в государственном секторе здравоохранения. Однако концепция управляемой медицинской помощи стала предметом критики вследствие фрагментарного принципа оказания услуг. В результате широкое распространение получило создание на местах управленческих структур охраны психического здоровья, способствующих улучшению координации и повышению эффективности лечения в условиях существования разных потоков и схем финансирования, а также фрагментарной системы оказания медицинских услуг.

Управляемая медицинская помощь, в широком определении данного понятия, является системой оказания медицинской помощи, включающей планирование и координацию процесса лечения, мониторинг качества оказываемых услуг и контроль за их стоимостью. Данная концепция основана на оказании медицинских услуг населению исходя из существующих возможностей. Она включает системы финансирования услуг, например подушную оплату, и передачу рисков поставщику медицинских услуг. Основная роль концепции управляемой медицинской помощи заключается в установлении контроля за расходами в рамках установленных финансовых параметров. Например, в США медицинские учреждения, оказывающие управляемую медицинскую помощь, охватывают более 80% населения. Отрицательная сторона концепции управляемой медицинской помощи заключается в том, что контроль за стоимостью услуг может привести к ограничению доступа и неоправданному сокращению объема оказываемых услуг.

Многим государственным учреждениям удалось реорганизовать свою инфраструктуру, с тем чтобы применить концепцию управляемой медицинской помощи. Некоторые учреждения заключают прямые контракты со службами охраны психического здоровья на оказание услуг в рамках данной схемы. Процесс заключения контракта является жизненно важным для успешного претворения концепции управляемой медицинской помощи в жизнь, так как поставщикам необходимо оптимизировать схему предоставления услуг для достижения наиболее оптимальных результатов. Хотя концепция управляемой медицинской помощи может не найти прямого применения во многих странах, некоторые ее методы могут оказаться весьма полезными для повышения эффективности и качества лечения, несмотря на определенную долю критики в силу вышеуказанных причин. (См. модуль «Повышение качества охраны психического здоровья».)

Там, где источники финансирования фрагментарны, были созданы управленческие структуры охраны психического здоровья (Goldman et al., 1992; Hadley & Goldman, 1997; Goldman et al., 2000). Это организации, отвечающие за вопросы централизованного планирования, финансирования, управления и предоставления услуг по лечению психических расстройств населению в определенной местности.

Информационные системы финансирования охраны психического здоровья

Финансирование системы охраны психического здоровья во многом зависит от наличия своевременной, точной и полной информации. Для формирования политики в области охраны психического здоровья необходима информация о ситуации на разных уровнях, например сводные данные для оценки уровня финансирования служб охраны психического здоровья на общегосударственном (региональном) уровне и данные министерств, для оценки финансовой состоятельности и эффективности работы и расчета средней стоимости предлагаемых услуг на уровне служб. Если при финансировании услуг используется схема оплаты в форме гонорара, то необходимо вести учет типов предоставляемых услуг и документировать каждый визит пациента для точного выставления счетов. Эффективное применение подушной оплаты и финансовых стимулов не связано напрямую с единичным приемом пациента врачом. Внедрение данных схем зависит от точной и достоверной информации.

В последнее время во многих странах была проведена значительная работа по разработке требований к финансовой отчетности организаций, оказывающих услуги охраны психического здоровья. Основные усилия по компьютеризации и стандартизации необходимых данных были предприняты в Австралии, Канаде, Великобритании и ряде других развитых стран. В большинстве стран подобная автоматизированная инфраструктура отсутствует. Система отчетности не существует в 27% стран, а сбор данных или результатов эпидемиологических исследований не ведется в 44% государств (Всемирная организация здравоохранения, 2001b).

Несмотря на это, необходимо заниматься сбором и анализом информации даже в условиях уже имеющихся механизмов ведения отчетности. ВОЗ разработала рекомендации по информационным системам в области здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.), которые могут стать отправной точкой для этой работы. (Модуль «Информационные системы по психическому здоровью» находится в состоянии разработки.)

Считается, что информационные системы обязательно подразумевают наличие компьютеров. Однако не все страны могут позволить внедрение компьютерных технологий для сбора данных. Основную информацию можно получить и с помощью других средств, например ежемесячных или ежеквартальных отчетов, подготавливаемых различными организациями на разных уровнях. Безусловно, в сложных системах, которые зависят от процесса автоматизации обработки счетов на оплату услуг и составления отчетности, применение компьютеров позволяет вести административную работу более эффективно. В других случаях обработка информации вручную также может способствовать повышению эффективности.

Оценка и анализ экономической эффективности

Цены и результаты зависят от конкретной ситуации в системе охраны психического здоровья. Не существует универсального пакета услуг, применимого к любой ситуации. Пока отсутствует связь между вложенными средствами и достижением определенного результата, то невозможно выбрать соответствующую схему врачебного вмешательства.

Выбор обусловлен существующими схемами лечения, условиями лечения и заболеваниями, в зависимости от которых принимается решение о наиболее разумном использовании ограниченных ресурсов. Как было показано в работах Shah & Jenkins (2000 г.), существуют несколько методов проведения экономической оценки, включая минимизацию затрат, результативность затрат, полезность затрат, анализ эффективности затрат и анализ стоимости лечения. Не принижая ценность подобных методов, хочется отметить, что как в развитых, так и в развивающихся странах подобные анализы проводятся нечасто.

В помощь специалистам по планированию ВОЗ разработала программу «Анализ экономической эффективности» (CEA), в основе которой лежит выбор наиболее результативных врачебных вмешательств. Цель данной программы заключается в создании региональной базы данных для анализа экономической эффективности схем лечения психических расстройств, которая позволит специалистам по планированию выбирать наиболее эффективные терапевтические методы и менее дорогостоящие врачебные вмешательства в конкретных ситуациях. В CEA приводится сравнение различных схем врачебного вмешательства для лечения психических заболеваний и их стоимости с нулевой гипотезой отсутствия вмешательства или естественным ходом течения заболевания (Murray et al., 2000). Метод CHOICE позволяет специалистам по планированию отбирать такие схемы врачебного вмешательства, которые позволяют пациентам получать максимальную выгоду от терапии несмотря на ограниченные ресурсы. (Более полную информацию можно получить на веб-сайте ВОЗ CHOICE: www.who.int/evidence/cea).

Обмен информацией и участие основных заинтересованных сторон

Лицам, формирующим политику здравоохранения, приходится принимать трудные решения и делать выбор в пользу конкретных схем лечения в условиях ограниченного финансирования. Необходимость создания более соответствующей современным требованиям системы охраны психического здоровья вызывает у заинтересованных сторон потребность в постановке новых целей при разработке политики и организации планирования. К сожалению, бюджет не всегда позволяет осуществить намеченные планы. Организации, пропагандирующие ценности психического здоровья, часто не имеют информации об ограниченных ресурсах, которые вынуждают делать выбор между доступом и качеством услуг и между поддержкой существующей системы обслуживания и созданием новых служб охраны психического здоровья. Более глубокое понимание заинтересованными сторонами структуры бюджета, процесса его формирования и методологии распределения ресурсов способствует дальнейшему развитию финансовой базы служб охраны психического здоровья.

Основные положения: Этап 7. Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья

- Четкая организация процессов финансирования и работа финансовых механизмов во многом зависят от эффективности структур управления и качества получаемой информации.
- Для эффективной работы системы финансирования особо важными факторами являются:
 - управление/структура финансирования услуг;
 - информационные системы;
 - оценка и анализ экономической эффективности;
 - обмен информацией и участие основных заинтересованных сторон.

Этап 8. Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии

Возникает вопрос, как бюджетирование и схемы финансирования, описанные выше, могут быть использованы для реорганизации существующих систем охраны психического здоровья.

Первым шагом, особенно если финансирование не является адекватным, должно стать создание ресурсной базы. Для увеличения объема финансирования необходимо иметь информационную базу о текущем уровне расходов. Трудно аргументировать свою позицию, не имея информации о количестве затраченных ресурсов и наличии имеющихся или предлагаемых услуг. Если таких бюджетных показателей не существует, необходимо провести исследования для получения приблизительной оценки. Иногда сложно получить данные о бюджете охраны психического здоровья, когда он является частью общего бюджета, например бюджета здравоохранения или бюджета социального обеспечения. В такой ситуации оценка может дать ответы о расходе финансовых средств только в течение короткого периода времени.

Важно отметить, что бюджет охраны психического здоровья может быть фрагментарным и распределяться через несколько министерств. Следовательно, необходимо получить общую картину имеющейся ресурсной базы для оценки общего объема финансовых средств, их распределения между различными службами, а также для выявления дублирования, наличия или отсутствия координации и преемственности при предоставлении услуг.

Формирование ресурсной базы для создания эффективных служб охраны психического здоровья зависит от нескольких факторов, включая политическую волю и экономическое положение в стране. Многие модули Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья разработаны для стимулирования процесса принятия важных политических решений. Поддержка национальных программ по охране психического здоровья, пропаганда ценностей психического здоровья и разработка стандартов лечения для определения качества услуг являются основной движущей силой данного процесса. Другим решающим фактором остается экономическая ситуация в стране: рост ресурсной базы маловероятен в периоды экономического спада. Последствия подобной зависимости приводят к тому, что бюджетный рост скорее всего будет происходить скачкообразно, а не постепенно. Иначе говоря, вероятность увеличения бюджета охраны психического здоровья возрастает в случае возникновения проблем с качеством лечения, когда аккумулируется критическая масса политической воли и воли заинтересованных сторон или когда экономика находится на подъеме. Рост бюджета охраны психического здоровья может происходить за счет неиспользованных возможностей. В этой связи лицам, формирующим политику, необходимо иметь четкие планы, включая потребности и приоритеты, для более полного их использования.

Финансирование может стать инструментом реорганизации системы оказания услуг психиатрии, например:

- перевода пациентов из психиатрических клиник под наблюдение специалистов по месту жительства, включая больницы общего профиля;
- интегрирования психических расстройств в систему оказания первичной медико-санитарной помощи;
- повышения качества услуг.

Перевод финансовых средств, выделяемых психиатрическим клиникам в сферу охраны психического здоровья по месту жительства, включая больницы общего профиля

Даже в странах с хорошей ресурсной базой значительная часть имеющихся средств направляется на финансирование крупных клиник. Некоторые препятствия на пути перераспределения ресурсов в пользу служб охраны психического здоровья по месту жительства уже освещались в данном модуле. В большинстве стран признается, что госпитализация продолжает оставаться неотъемлемой частью лечения психических заболеваний.

Первый фундаментальный шаг заключается в определении набора услуг и возможных проблем, с которыми придется столкнуться в больницах общего профиля и службах охраны психического здоровья по месту жительства после перевода туда больных из психиатрических клиник. (Более подробно см. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».) Перевод средств, расходуемых на нецелесообразное лечение больного в психиатрической клинике, может стать отправной точкой для расширения психиатрических услуг в больницах общего профиля и службах охраны психического здоровья по месту жительства.

Среди финансовых и бюджетных факторов, способствующих процессу перераспределения средств, можно назвать следующие.

– **Гибкость бюджета.** Финансирование психиатрических клиник отдельно от служб охраны психического здоровья по месту жительства приводит к ситуации, когда невозможен перевод средств из одного сектора в другой. Бюджет должен допускать гибкость в плане перевода средств. В рамках некоторых моделей предполагается разработка такого бюджета, который объединяет психиатрические клиники и службы охраны психического здоровья по месту жительства, что позволяет выделять средства для всей системы в целом.

– **Финансирование служб охраны психического здоровья по месту жительства.** Безусловно, необходимо иметь нормально функционирующие службы охраны психического здоровья по месту жительства до начала перевода больных из психиатрических клиник. Даже если известно, что перевод ресурсов из системы стационарного психиатрического лечения в систему охраны психического здоровья по месту жительства планируется осуществить в долгосрочной перспективе, необходимо убедиться в наличии достаточных средств, гарантирующих нормальную работу служб, которые будут оказывать психическую помощь пациентам, не нуждающимся в госпитализации. Это означает, что необходимо иметь достаточно средств для развития служб здравоохранения на местах и одновременно продолжать оказывать финансовую поддержку психиатрическим клиникам. То есть в процессе переходного периода необходимо двойное финансирование для перевода средств из стационарной системы лечения в систему охраны психического здоровья по месту жительства.

У лиц, проходящих или проходивших лечение в психиатрических клиниках, может появиться ложный стимул для перевода на систему лечения по месту жительства с появлением вновь открывшихся возможностей. Две категории пациентов могут использовать вновь открывшиеся возможности лечения в службах охраны психического здоровья по месту жительства: пациенты, госпитализированные в психиатрические клиники, и лица, никогда не подвергавшиеся госпитализации, но остро нуждающиеся в психиатрической помощи. Если критерием для перевода на лечение по месту жительства окажется факт госпитализации, то пациенты воспользуются им в качестве стимула, обеспечивающего доступ к новым услугам. При составлении бюджета необходимо спрогнозировать потребности в лечении по месту жительства как со стороны госпитализированных больных, так и со стороны лиц, проживающих у себя дома.

– **Финансовые стимулы.** Процесс перевода средств может быть ускорен, если для служб охраны психического здоровья по месту жительства будут предложены финансовые стимулы. Например, в Техасе службы охраны психического здоровья по месту жительства получают в виде бонуса фиксированную сумму за сокращение времени пребывания пациента в стационаре на один день, что ведет к более быстрому процессу перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание.

– **Финансирование из разных источников.** Когда пациента выписывают из психиатрической клиники, то ему могут начать оказывать помощь разные агентства и службы. Если финансирование организовать скоординированно, то это облегчит оказание психиатрической помощи. В некоторых случаях для этой цели финансовые потоки объединяются в один поток. Несмотря на то, что управление общими средствами и отчетность могут представлять значительные сложности, концепция единого органа управления считается наиболее предпочтительной для решения вышеуказанных проблем.

Интеграция системы охраны психического здоровья в службу общественного здравоохранения и систему первичной медико-санитарной помощи

Интеграция системы охраны психического здоровья в службу первичной медико-санитарной помощи была предпринята во многих странах для решения не только вопросов стигматизации, но и проблемы нехватки ресурсов для лечения психических заболеваний. Многие психические расстройства можно лечить в системе первичного медико-санитарного звена при условии соответствующей подготовки терапевтов.

С точки зрения финансирования существует обеспокоенность, что службам охраны психического здоровья в подобных условиях не будет уделяться должного внимания. Интеграция позволяет финансировать службы охраны психического здоровья из бюджета первичной медико-санитарной помощи, и существует опасность, что при наличии других приоритетов в данной сфере объем финансирования охраны психического здоровья может остаться неизменным и даже снизиться, особенно при оказании помощи лицам с тяжелыми психическими заболеваниями. Некоторые способы предотвращения подобной ситуации представлены ниже.

– Осуществление контроля за средствами на охрану психического здоровья, подготовку специалистов первичного медико-санитарного звена и расходами на лечение психически больных.

– Разработка постатейных расходов на оказание специализированных услуг для приоритетных групп населения, например взрослых с тяжелыми психическими расстройствами, детей с серьезными нарушениями эмоционального развития и лиц с сочетанными заболеваниями, например психически больных, злоупотребляющих наркотиками.

– Бюджет для финансирования служб охраны психического здоровья устанавливается с оговоркой невозможности его сокращения (принимая во внимание тот факт, что и нынешний уровень финансирования считается недостаточным).

Финансирование как инструмент повышения качества

В настоящее время в области лечения психических заболеваний происходит много научных открытий; появляются новые лекарственные препараты и разрабатываются новые методы терапии, способные оказать значительное воздействие на жизнь людей, страдающих психическими заболеваниями (Всемирная организация здравоохранения, 2001а). Для поддержания текущего уровня оказания психиатрических услуг населению был разработан механизм внедрения инновационных методов. Он заключается в предоставлении гранта для демонстрационного или пилотного проекта, финансирование которого может осуществляться иностранным агентством-донором, частным фондом или правительством. Новые типы услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине, такие как ассертивное лечение по месту жительства и программа поддержки трудоустройства, должны сначала пройти испытание и достичь положительных результатов в небольшом числе местных учреждений охраны психического здоровья, а лишь затем применяться в масштабах всей страны. Аналогичным образом можно сэкономить значительные средства благодаря финансированию программ по профилактике и раннему выявлению случаев заболевания. Хочется еще раз подчеркнуть, что интегрированная система финансирования, основанная на точных данных о составе населения, способна повысить эффективность финансирования служб охраны психического здоровья.

Все приведенные примеры служат иллюстрацией тому, что финансирование является важным механизмом создания и реформирования системы охраны психического здоровья. Для того чтобы данный механизм работал эффективно, необходимо, чтобы он соответствовал существующей системе оказания психиатрической помощи и отражал политические и экономические реальности. Финансовые структуры и процессы – это продукты той же системы и организационной культуры, которые они хотят изменить.

В настоящее время финансовая структура плотно привязана к системе стационарного психиатрического лечения. Повышение качества обслуживания зависит от финансовых, политических и структурных изменений.

Основные положения: Этап 8. Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии

– Финансовые механизмы могут способствовать реформированию системы охраны психического здоровья и внедрению инновационных методов.

– К финансовым и бюджетным факторам, способствующим переводу основной массы услуг в службы охраны психического здоровья по месту жительства, относятся: бюджетная гибкость, выделение отдельного финансирования служб охраны психического здоровья по месту жительства, финансовые стимулы и координация процесса финансирования между различными министерствами и ведомствами.

– В процессе интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи с финансовой точки зрения важно гарантировать адекватность их финансирования. Существует обеспокоенность, что службам охраны психического здоровья может быть уделено недостаточное внимание и что объем финансирования данной области может оставаться неизменным и даже снизиться. Для избежания подобной ситуации необходимо осуществлять контроль за расходованием средств на охрану психического здоровья, вести разработку постатейных расходов на оказание специализированных услуг для приоритетных групп населения и устанавливать (и не допускать снижения) определенные уровни финансирования служб психиатрической помощи.

– Важно поддерживать установленные уровни финансирования демонстрационных и пилотных проектов, способствующих внедрению инновационных методов лечения.

3. Препятствия в области финансирования охраны психического здоровья и пути их преодоления

Препятствия на пути нормального финансирования служб охраны психического здоровья можно разделить на две категории: (1) относящиеся к сфере общественных ценностей и общему пониманию роли служб охраны психического здоровья и их эффективности и (2) относящиеся к финансовым стратегиям и процедурам. Для адекватного финансирования служб охраны психического здоровья необходимо решать проблемы, относящиеся к обеим категориям. Важно достичь широкого общественного консенсуса по вопросу приоритетности охраны психического здоровья. Во многих модулях Свода методических рекомендаций описываются методы и способы достижения консенсуса на практике. Данный модуль раскрывает проблемы, связанные с конкретными вопросами финансирования. О некоторых препятствиях и возможных методах их преодоления речь пойдет в данном разделе.

Доказательство результативности/экономической эффективности. Необходимость доказательства результативности затрат лечения психических заболеваний является одним из главных социальных барьеров на пути адекватного финансирования охраны психического здоровья. Службам охраны психического здоровья приходится конкурировать с другими социальными и медицинскими службами за выделение финансовых средств, которых, как правило, не хватает. До недавнего времени аргументы в пользу финансирования охраны психического здоровья были недостаточно вескими. Охрана психического здоровья несет иную пользу для общества по сравнению с лечением других заболеваний. В отличие от результатов лечения инфекционных заболеваний или от проведения иммунизации, когда лечение одного случая может привести к предотвращению заражения большого количества здоровых людей, результаты лечения психических расстройств выражены немедицинскими параметрами, такими как снижением затрат на социальные службы, уменьшением количества несчастных случаев или травм.

Несмотря на это ситуация начинает меняться. В литературе появляется больше доказательств, свидетельствующих о медицинских последствиях результатов лечения психических расстройств, например снижения общих затрат на здравоохранение. Более того, данный барьер постепенно начинает разрушаться в результате проведения исследований глобального бремени болезней и получения веских доказательств результативности работы служб охраны психического здоровья.

Длительная природа психических расстройств. Длительная природа некоторых психических расстройств, так же как и в случае с хроническими физическими заболеваниями, в отличие от острых непредсказуемых вспышек затрудняет получение медицинской страховки в частной страховой компании и требует государственного страхования. Более того, фактор длительного течения заболевания ассоциируется с необходимостью жилищно-коммунальной и социальной поддержки. Данные аспекты не относятся к области общественного здравоохранения и ведут к фрагментации бюджетов, выделяемых для лечения больных, страдающих психическими расстройствами.

Одно из решений проблемы заключается в разработке схемы финансирования охраны психического здоровья (см. Этап 2). Подобная схема может привести к созданию более скоординированного и систематизированного подхода к планированию и финансированию разнообразных потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами. Вторым решением может стать финансирование лечения психических заболеваний с долгосрочной природой, то есть адаптации финансовой инфраструктуры к лечению длительных психических расстройств. (Более подробно о модели длительного лечения см. в модуле «Организация служб охраны психического здоровья».)

Отсутствие необходимых финансовых данных. Отсутствие необходимых финансовых данных является серьезным препятствием для финансирования служб охраны психического здоровья и выявления ресурсов, имеющихся в наличии.

Решение данной проблемы необходимо начать с анализа имеющейся информации или данных, которые можно легко получить при проведении контрольных исследований, из больничных бюджетов и других источников. Важно начать создавать базу данных по финансированию охраны психического здоровья с этой отправной точки, если мы хотим получить соответствующий объем финансирования. Решения о том, какие данные собирать в первую очередь, зависят от конкретных потребностей служб охраны психического здоровья. Со временем данные необходимо обновлять.

Перераспределение существующих ресурсов. Во многих странах новые источники финансирования могут оказаться доступными не сразу, и для дальнейшего развития системы охраны психического здоровья может потребоваться перераспределение существующих ресурсов. Это может привести к сопротивлению со стороны определенных политических сил и организаций, чьи сотрудники могут серьезно пострадать от подобного перераспределения.

Такое перераспределение происходит более безболезненно при переводе средств, выделенных для переходного периода, или выделении дополнительных ресурсов на смягчение потенциально возникающих осложнений. Необходимо отметить, что вопросы финансирования никогда не рассматриваются независимо от вопросов общественных приоритетов, представляющих политическую важность. Финансирование охраны психического здоровья, в конечном итоге, зависит от четкой информационно-пропагандистской работы, законодательства, планирования и политики охраны психического здоровья, что является предметом обсуждения в других модулях, а также от конкретных шагов, представленных в настоящем модуле.

4. Рекомендации и выводы

1. Достигните широкого консенсуса по приоритетным вопросам охраны психического здоровья

Многие аспекты финансирования охраны психического здоровья неразрывно связаны с этапами, представленными в других модулях, например «Законодательство в области психического здоровья и права человека»; «Политика, планы и программы в области психического здоровья»; «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья» и «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья». Это позволяет достигнуть широкого консенсуса по главному вопросу: охрана психического здоровья является важным общественным приоритетом. Однако даже подобные мероприятия нуждаются в финансовой поддержке. Задача специалистов по планированию заключается в разработке предварительной ресурсной базы для начального этапа создания коалиции, отражающей точку зрения основных заинтересованных сторон. Средства на начальном этапе могут быть выделены министерством здравоохранения, а также из фондов на организацию планирования. После совместной встречи представителей основных заинтересованных сторон финансирование подобного рода деятельности может осуществляться иностранными агентствами-донорами или частными организациями.

Данный этап является очень важным. Первоначально в подобных встречах принимают участие в основном стороны, так или иначе связанные с работой служб охраны психического здоровья, например врачи-психиатры, члены семей пациентов и представители организаций, пропагандирующих ценности психического здоровья, осознающие, что охрана психического здоровья, является одним из приоритетов. Достижение консенсуса по основным параметрам становится отправной точкой для поиска дополнительного финансирования. Первым шагом на пути к адекватному финансированию является создание коалиции, в которой существует понимание необходимости удовлетворения основных потребностей. Это послужит основой для пропагандистской деятельности, при проведении которой можно одновременно работать над вопросами законодательства в данной сфере, разработкой политики и вопросами финансирования, которые должны рассматриваться вместе, а не в качестве отдельных инициатив. Финансирование, в конечном итоге, зависит от политики, поддержки и пропаганды охраны психического здоровья и от ожиданий общества в целом. Основная цель данного модуля и других инициатив ВОЗ заключается в том, чтобы повысить приоритет охраны психического здоровья. Это само по себе может привести к выделению дополнительных средств. Однако специалисты по планированию должны быть готовы обосновать потребность в конкретных ресурсах и представить план их дальнейшего использования. Отсюда вытекает следующая рекомендация.

2. Определите приоритеты в финансировании

Страны находятся на разном этапе создания системы охраны психического здоровья. У них разные типы приоритетов и разные препятствия на пути к достижению поставленных целей. Это относится как к развитым, так и к развивающимся странам. Например, богатые страны могут столкнуться с сопротивлением со стороны системы стационарного лечения, когда начнется перевод средств психиатрических клиник службам охраны психического здоровья по месту жительства. С другой стороны, в некоторых развивающихся странах может существовать абсолютно неразвитая система охраны психического здоровья. В каждой стране существуют свои конкретные финансовые проблемы.

Страны, которые только начинают создавать свою собственную систему охраны психического здоровья, должны уделять особое внимание развитию инфраструктуры, включая законодательство, план и бюджет, разработка которых является первостепенной задачей. Первоначальное финансирование подобных мероприятий может осуществляться Всемирным банком или другими организациями-донорами. Цель первоначального финансирования может состоять в разработке и внесении изменений в законодательство, политику, права граждан и подготовке широких структурных преобразований, которые в течение долгого времени будут основой системы охраны психического здоровья. После того как данный фундамент заложен, можно приступать к более конкретным аспектам финансирования. (Определение потребностей для более широкомасштабного финансирования психического лечения может осуществляться в рамках мероприятий по финансированию общественного здравоохранения).

3. Включите финансирование психического здоровья в план финансирования здравоохранения

Основной аспект финансирования, особенно в странах, не имеющих хорошо функционирующей системы охраны психического здоровья, заключается в том, чтобы включить данный компонент в план финансирования общественного здравоохранения, с тем чтобы необходимые средства выделялись на психиатрическое лечение, которое должно стать частью здравоохранения. Обоснования для выделения подобных средств стали более весомыми, например число лет жизни, утраченных в результате инвалидности, а также взаимосвязь психических расстройств и физических заболеваний, таких как болезни сердца, диабет и др.

4. Определите этапы данного модуля, которые наиболее актуальны для ситуации в вашей стране

Каждый этап данного документа является рекомендацией к действию. Наиболее эффективные действия будут зависеть от поставленных целей, определенных в ходе планирования и разработки политики, а также конкретных проблем, существующих в каждой стране. Странам придется решать проблемы, описанные в разделах модуля. Специфика действий и разработка конкретных шагов будут зависеть от ситуации в каждой конкретной стране.

Основные определения

Частные индивидуальные платежи / Денежные средства, потраченные потребителями услуг или членами их семей.

Финансирование из налоговой базы / Денежные средства на покрытие услуг по охране психического здоровья из общей налоговой базы или налоги, специально взимаемые для данной цели.

Социальное страхование / Лица с доходами выше определенного уровня обязаны отчислять определенный процент дохода в государственный фонд социального страхования. В ответ правительство, в случае необходимости, частично или полностью оплачивает услуги по охране психического здоровья, оказываемые населению.

Частное страхование / Добровольный платеж страховых взносов потребителем медицинских услуг частной страховой компании. Взамен страховая компания, в случае необходимости, частично или полностью оплачивает услуги по охране психического здоровья, оказываемые потребителю.

Внешние гранты / Денежные средства, предоставленные одной стране другими странами или международными организациями.

Источник: *Всемирная организация здравоохранения, 2001b.*

Дополнительная литература

1. Department of Health, United Kingdom (1995) *Practical guidance on joint commissioning for project leaders*. London: Department of Health.
2. Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine* 48: 871-9.
3. Frank RG, McGuire TG (2000) The economics of mental health. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of health economics. Volume 1B*. Amsterdam: Elsevier.
4. Hodgson TA, Meiners MR (1982) Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:429-62.
5. Hsiao W (1996) *A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. International assessment of health care financing: lessons for developing countries*. Washington DC: World Bank.
6. Knapp MRJ (1984) *The economics of social care*. London: Macmillan.
7. Knapp M, et al. (1994) Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165:195-203.
8. Knapp MRJ et al. (1998) Public, private and voluntary residential mental health care: is there a cost difference? *Journal of Health Services Research and Policy* 3:141-8.
9. Knapp MRJ, et al. (1999) Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care. *Policy and Politics* 27:25-41.
10. Knapp MRJ, Wistow G (1993) Joint commissioning for community care: In: Department of Health. *Implementing community care: a slice through time*. London: Department of Health Social Services Inspectorate.

11. Murray CJL, Lopez AD (1996) The global burden of disease, Volume 1. *A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
12. National Association of State Mental Health Program Directors and National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (2002) *Exemplary methods of financing a service program for persons with co-occurring mental health and substance use disorders*. Alexandria, Virginia: Final Report of the NASMHPD-NASADAD Task Force for Co-occurring Disorders.
13. Preker A, et al. (2001) Health financing reforms in Eastern Europe and Central Asia. In Mossialos E, et al., editors. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
14. Regier DA, et al. (1984) Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Reports* 99:483-92.
15. Regier DA et al. (1993) The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiological catchment area prospective 1-year prevalence rates for disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 41:949-58.
16. Saltman RB, Figueras J (1997) *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
17. Saraceno B, Barbui C (1997) Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 42:285-90.
18. Trisnantoro L (2002) *The impact of decentralization policy on public mental hospitals in Indonesia: a financial perspective*. Draft Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Countries (15 May 2002). Boston: Harvard University.

Библиография

1. Conti DJ, Burton WN (1994) The economic impact of depression in a workplace. *Journal of Occupational Medicine* 36:983-88.
2. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service (1999) *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
3. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health: examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 78:508-10.
4. Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación, Ciudadana y Derechos Humanos [General Directorate of Psychosocial Rehabilitation, Citizen Participation and Human Rights] (2001) *Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental [Hidalgo model of mental health services]*. Mexico DF: General Directorate of Psychosocial Rehabilitation, Citizen Participation and Human Rights, Secretary of Health. In Spanish.
5. Goering P, et al. (1997) *Review of best practices in mental health reform*. Ottawa: Health Canada.
6. Goldman H, et al. (1992) A model mental health benefit. *Health Affairs* 1:98-117.
7. Goldman H, et al. (2000) Organizing mental health services: an evidence-based approach. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3(2):69-75.
8. Hadley T, Goldman H (1997) A partial solution: a local mental health authority for the UK. *Harvard Review of Psychiatry* 5:91-3.
9. Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
10. Jönsson B, Musgrove P (1997) Government financing of health care. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank Conference March 10-11, 1997*. Washington. World Bank.
11. Knapp MRJ (1995) *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena.
12. McPake B, Banda E (1994) Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 9(1):25-30.
13. Murray CJL, et al. (2000) Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9:235-51.
14. Schieber G, Maeda A (1997) *A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries*. Washington DC: World Bank (Innovations in Health Care Financing, World Bank Discussion Paper No. 365).
15. Shah A, Jenkins R (2000) Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:103.
16. Smith GR, et al. (1996) Consultation-liaison intervention in somatization disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 37:1207-10.
17. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

18. Victoria Department of Human Services. (1994) *Victoria's mental health services: the framework for service delivery*. Melbourne: Government of Victoria.
19. Von Korff M, et al. (1998) Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine* 60:143-9.
20. World Health Organization (1997) *An Overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations*. WHO/MSA/NAM/97.3. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
21. World Health Organization (2000) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
22. World Health Organization (2001a) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
23. World Health Organization (2001b) *Atlas: Mental health resources in the world, 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
24. World Health Organization (2001) *Atlas: Country Profiles on mental health resources 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

ISBN 92 4 454593 4



9 789244 545935