

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

ПЛАНИРОВАНИЕ И БЮДЖЕТИРОВАНИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

“Рациональное планирование и бюджетирование способствуют созданию эффективных служб охраны психического здоровья. В настоящее время существуют методы, позволяющие определить требования к материальному и кадровому обеспечению, необходимому для оказания высококвалифицированных услуг в области охраны психического здоровья.”



Всемирная организация
здравоохранения

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

ПЛАНИРОВАНИЕ И БЮДЖЕТИРОВАНИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

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

1. Службы охраны психического здоровья – вопросы организации и управления.
 2. Потребности и спрос на услуги в области охраны психического здоровья. 3. Финансовое управление. 4. Методические рекомендации по планированию здравоохранения.
- I. Всемирная организация здравоохранения. II. Серия.

ISBN 92 4 454596 6

(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: Planning and budgeting to deliver services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 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.

Настоящий модуль подготовлен д-ром Crick Lund, Департамент психиатрии и психического здоровья, Кейптаунский университет, Южная Африка, д-ром Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария, и д-ром Andrew Green, Наффилдский центр международного здравоохранения и развития, Лидсский университет, Соединенное Королевство. Вклады были также получены от проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Южная Африка, и проф. Martin Knapp, Лондонская школа экономики и политологии, Соединенное Королевство.

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).

Ответственным за окончательное техническое редактирование данного модуля был д-р Crick Lund, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка.

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 ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (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 (ВСПБ), 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, Китай
проф. Yan Fang Chen	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китай
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 проблем 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, Китай
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 Alexander 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 Kriebler	Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
г-н John P. Kummer	Эквилибриум, Унтерэргери, Швейцария
проф. Lourdes Ladrido-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, Китай
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 транскультурологической 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 Ndyanabangi	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, Китай
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, Китай
д-р Xin Yu	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китай
проф. Shen Yucun	Институт охраны психического здоровья, Пекинский медицинский университет, Китай
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.

“Рациональное планирование и бюджетирование способствуют созданию эффективных служб охраны психического здоровья. В настоящее время существуют методы, позволяющие определить требования к материальному и кадровому обеспечению, необходимому для оказания высококвалифицированных услуг в области охраны психического здоровья.”

Содержание

Предисловие	x
Краткое резюме	2
Цели и целевая аудитория	9
1. Введение	15
2. Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья: от анализа ситуации до достижения поставленных целей	16
Этап А. Анализ ситуации	18
Этап В. Оценка потребностей	32
Этап С. Постановка целей	65
Этап D. Достижение поставленных целей	76
3. Рекомендации и выводы	90
4. Препятствия и пути их преодоления	91
Приложение 1. Дополнительные примечания по выбранным этапам планирования	93
Приложение 2. Пример с описанием ситуации в конкретной стране	96
Основные определения	101
Библиография	103

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:

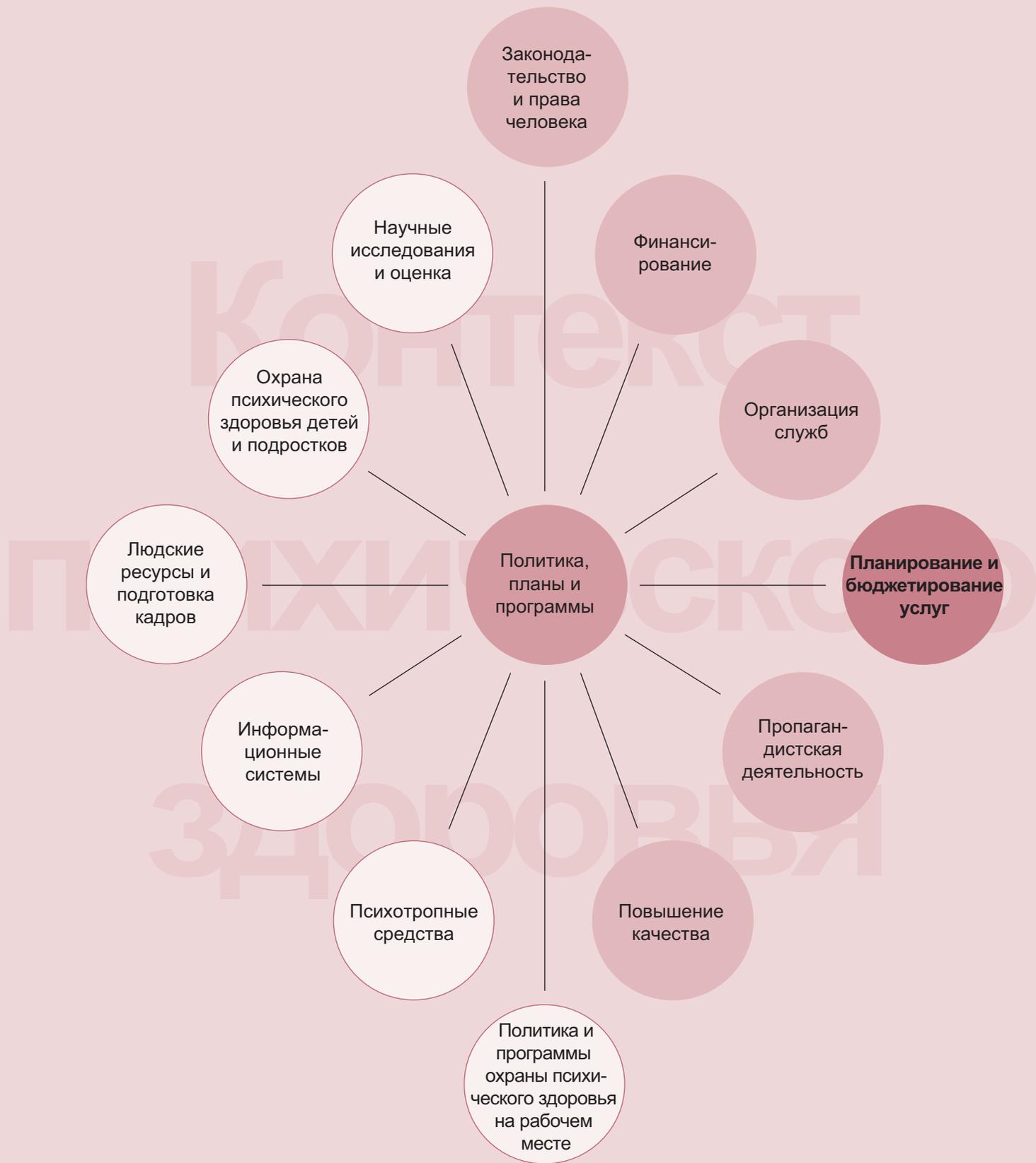
- разработка политики и всеобъемлющих стратегий по укреплению психического здоровья разных групп населения;
- использование существующих ресурсов для достижения наиболее оптимальных результатов;
- повышение эффективности услуг всем нуждающимся в помощи;
- оказание помощи людям с психическими расстройствами 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

ПЛАНИРОВАНИЕ И
БЮДЖЕТИРОВАНИЕ
УСЛУГ В ОБЛАСТИ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

Краткое резюме

Специалистам по планированию, руководителям служб и поставщикам услуг в области охраны психического здоровья часто приходится искать ответы на следующие вопросы. Какие материальные и кадровые ресурсы необходимы для оказания услуг в области охраны психического здоровья? Какие медицинские учреждения, а также кадровые ресурсы и лекарственные средства необходимы на местном уровне для оказания эффективных, результативных и приемлемых по качеству услуг в области охраны психического здоровья? Как можно оказывать такие услуги в условиях ограниченных ресурсов и какое финансовое обеспечение необходимо для нормальной работы служб охраны психического здоровья?

К сожалению, получить ответы на эти вопросы не так-то просто. Существуют значительные различия между странами в области ресурсного обеспечения охраны психического здоровья. Более того, спрос на те или иные услуги может варьироваться в зависимости от страны, а в отдельных странах он определяется уникальными культуральными особенностями. Экономическая ситуация в стране в большинстве случаев непосредственно влияет на объем ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья.

По этим причинам невозможно рекомендовать странам принять за основу минимальный набор услуг или мировые показатели, такие как минимальная обеспеченность больничными койками или персоналом. Помимо того, что данные рекомендации могут оказаться неприемлемыми для удовлетворения конкретных потребностей страны, подобные обобщенные показатели имеют ограниченную ценность, поскольку они вырваны из реального контекста.

Следовательно, странам необходимо самостоятельно найти ответы на поставленные вопросы. Это можно сделать в процессе тщательного планирования, основанного на детальной оценке потребностей на местном уровне и анализе работы существующих служб.

Цель данного модуля состоит в разработке четкой и рациональной модели по проведению оценки потребностей в области охраны психического здоровья на местном уровне и по организации планирования соответствующих услуг. В этой связи задача модуля заключается в обеспечении стран методологией в сфере планирования и бюджетирования, которая способна улучшить процесс оказания услуг в области охраны психического здоровья. В нем представлен прагматический подход к планированию услуг, основанный на использовании наиболее адекватных данных и вовлечении всех заинтересованных сторон.

Предлагаемые методы включают четыре этапа планирования, а также примеры с описанием ситуации в конкретных странах.

Этап А: **Анализ ситуации** в области оказания услуг службами охраны психического здоровья и их финансировании.

Этап В: **Оценка потребностей** в услугах по охране психического здоровья.

Этап С: **Постановка целей** в области охраны психического здоровья.

Этап D: **Достижение поставленных целей** путем формирования бюджета для организации услуг, проведения мониторинга и оценки.

Планирование и бюджетирование услуг является циклическим процессом. По мере получения новой информации о развитии услуг, их использовании и результатах лечения можно будет вносить соответствующие изменения в проводимый анализ ситуации, оценку потребностей и процесс последующего планирования.

Этап А. Анализ ситуации

Задача 1. Определение категорий населения, которым будут предоставляться услуги

- > Специалисты по планированию или руководители служб должны начинать анализ ситуации с определения категорий населения, которым будут предоставляться услуги по охране психического здоровья или медицинских участков, где будет обеспечен доступ к подобным услугам.
- > Необходимо собрать такие специфичные данные, характеризующие состав населения, как распределение по возрастным категориям, плотность, уровни социального неравенства и наличие беженцев, которые необходимы для определения специальных потребностей.

Задача 2. Пересмотр контекста оказания услуг в области охраны психического здоровья

- > Руководители служб охраны психического здоровья или специалисты по планированию должны иметь четкое представление об условиях на местах, в которых будет происходить оказание психической и психиатрической помощи.
- > Для этого может потребоваться разноплановая информация, относящаяся, например, к истории работы служб охраны психического здоровья в данном районе, проводимой политике в этой области, экономической ситуации и культуральном контексте. Большая часть такой информации может, в силу своей природы, быть качественного характера.

Задача 3. Проведение консультаций со всеми заинтересованными сторонами

- > Консультации со всеми сторонами, заинтересованными в охране психического здоровья, являются неотъемлемой частью процесса планирования.
- > Специалистам по планированию необходимо определить главные заинтересованные стороны и обеспечить проведение консультаций с этими сторонами на соответствующих этапах процесса планирования.
- > В случае возникновения разногласий консультации по вопросам приоритетности услуг и культуральной интерпретации проблем в области охраны психического здоровья являются чрезвычайно важными.
- > Вовлечение заинтересованных сторон в процесс разработки и осуществления планов по оказанию услуг способно привести к повышению качества собираемых данных, укреплению сотрудничества в ходе осуществления разработанных планов, принятию информированных решений на основе имеющейся достоверной информации и повышению ответственности перед обществом.

Задача 4. Определение лиц, ответственных за бюджетирование и планирование услуг в области психического здоровья

- > Руководители служб охраны психического здоровья должны установить степень своей ответственности за бюджетирование и планирование услуг в области психического здоровья.
- > Там, где возможно, необходимо внести изменения, способствующие повышению эффективности планирования и наиболее оптимальному использованию имеющихся навыков.
- > Необходимо установить другие заинтересованные стороны, обладающие правом на выделение соответствующих средств на охрану психического здоровья.
- > Важно определить главных оппонентов мероприятия и цели переговоров по бюджетированию услуг в области психического здоровья с целью улучшения качества услуг в будущем.

Задача 5. Оценка оказываемых услуг и ресурсного обеспечения в системе общей лечебной сети

- > Следующая задача заключается в проведении оценки предоставляемых услуг и ресурсного обеспечения в системе общей лечебной сети.
- > Для этого потребуются такие ведомственные показатели, отражающие текущее состояние оказываемых услуг и имеющихся ресурсов, как численность персонала, больничных коек, наличие соответствующих помещений и лекарственных средств.
- > Оценка должна охватывать все аспекты оказания услуг в области охраны психического здоровья в системе общественного здравоохранения, включая специализированные услуги или услуги, оказываемые в общей лечебной сети, например в системе первичного медико-санитарного звена.

Задача 6. Оценка ресурсного обеспечения других секторов

- > Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо провести анализ услуг в других секторах, включая услуги, оказываемые неправительственными организациями и частными поставщиками услуг с использованием схем оплаты по факту.
- > Для проведения подобного анализа потребуются сервисные показатели, отражающие текущее наличие ресурсов в области оказания услуг населению негосударственными службами охраны психического здоровья.
- > Для проведения данного анализа потребуются консультации и сотрудничество с негосударственными поставщиками услуг.
- > Необходимо разработать критерии по аккредитации поставщиков услуг в области охраны психического здоровья, включая такие как финансовая устойчивость и качество услуг.

Задача 7. Проверка использования услуг (наличие спроса) во всех секторах

- > Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо провести оценку использования услуг в области психического здоровья на местном уровне. Это является одним из способов определения спроса.
- > Для этого потребуются сервисные показатели, отражающие текущий спрос на оказываемые услуги.
- > Для проведения оценки потребуются консультации и сотрудничество с поставщиками услуг других секторов.
- > Необходимо провести оценку доступности существующей системы услуг.

Этап В. Оценка потребностей

Следующий этап заключается в анализе потребностей местного населения в услугах по охране психического здоровья.

Задача 1. Определение приоритетов лечения психических расстройств, исходя из их распространенности, частоты новых случаев и тяжести

- > Необходимо установить основные приоритеты в отношении психических состояний, лечение которых в службе охраны психического здоровья способно привести к положительной динамике, с тем чтобы провести оценку потребностей в данной сфере.
- > Для анализа потребностей могут быть использованы данные эпидемиологического надзора. Ежегодные данные по распространенности являются особенно полезными при расчетах потребности местного населения в конкретных услугах в течение года.
- > Специалистам по планированию необходимо использовать наиболее доступные данные, отражающие реальную ситуацию. Если данные эпидемиологического надзора на местном или национальном уровне не имеются в наличии, эпидемиологические данные из смежных областей могут быть адаптированы и дополнены информацией местных экспертов.
- > Данные о распространенности могут привести к завышению оценки использования услуг, оказываемых в ряде лечебных учреждений. По этой причине их необходимо интерпретировать с большей степенью осторожности, подкрепляя информацией о потребностях в услугах на местном уровне, данными о потери трудоспособности и тяжести психических состояний.

Задача 2. Корректировка данных по распространенности психических состояний

- > Данные по распространенности психических состояний нуждаются в корректировке в соответствии с такими переменными на местном уровне, как распределение населения по возрастным категориям, полу и социальному статусу.

Задача 3. Прогнозирование ожидаемого количества случаев в течение года

- > На основании проведенных консультаций, установленных приоритетов, данных по распространенности и их корректировке в соответствии с переменными, характеризующими ситуацию на местном уровне, можно прогнозировать количество ожидаемых случаев у целевой группы населения в течение предстоящего года.

Задача 4. Оценка ресурсов службы охраны психического здоровья на предмет удовлетворения существующих потребностей

- > Представьте описание набора услуг и компонентов материально-технического обеспечения, необходимых для оказания помощи целевой группе населения в течение установленного года.
- > К набору услуг и материально-техническому обеспечению относятся услуги в амбулаторной сети, дневных стационарах, психическая и психиатрическая помощь, оказываемая в стационарных условиях, лекарственное обеспечение и обеспечение кадровыми ресурсами. Это позволяет создать структуру для предоставления базового набора услуг в области охраны психического здоровья, вокруг которой могут быть созданы системы обеспечения в зависимости от конкретного потенциала страны.
- > Показателями данных услуг служат число ежедневных обращений к специалистам по охране психического здоровья, число дневных стационаров, число больничных коек, степень обеспеченности лекарственными средствами и кадровыми ресурсами. Данные показатели могут быть рассчитаны на основе прогнозируемого количества случаев в данном районе посредством разработанной формулы.
- > Таким образом, может быть составлен общий прогноз вероятных потребностей в ресурсах, необходимых для оказания услуг в области охраны психического здоровья на местном уровне.

Задача 5. Расчет стоимости ресурсного обеспечения для оказания предполагаемого объема услуг

- > Руководителям служб охраны психического здоровья и специалистам по планированию необходимо рассчитать стоимость ресурсного обеспечения для оказания предполагаемого набора услуг, установленного в Задаче 4.
- > Этого можно достигнуть путем определения объема оказываемых услуг и ресурсов, необходимых для их оказания, с последующим переводом данных ресурсов в денежный эквивалент, учетом непредвиденных затрат и поправкой на инфляцию.
- > При расчете затрат необходимо принять во внимание ряд аспектов, включая стоимость единицы услуг, соотношение стоимости и пропорциональное распределение совокупных расходов.

Этап С. Постановка целей

На этом главном этапе происходит сравнение всех данных, полученных на предыдущих этапах, что является необходимым для будущего процесса планирования.

Задача 1. Определение приоритетности услуг – Определить неудовлетворенную потребность, представляющую наивысший приоритет и выявленную в результате анализа, проведенного на Этапах А и В

- > На основании информации, собранной в результате проведения анализа ситуации (Этап А) и оценки потребностей (Этап В) определите приоритеты в организации услуг по охране психического здоровья на местном уровне.
- > Основная задача специалиста по планированию на этом этапе заключается в проведении сверки данных, отражающих существующую реальность в области оказания услуг с данными, полученными в результате проведения оценки потребностей. Сравнение двух типов данных проводится для выявления наиболее важных приоритетов в области дальнейшего развития службы охраны психического здоровья.

- > Для выполнения данной задачи потребуется применение критериев приоритетности, включая такие показатели, как распространенность психических расстройств, воспринимаемая важность состояний, тяжесть психических состояний, переносимость лечения и стоимость.

Задача 2. Оценка потенциальных возможностей

- > Специалистам по планированию услуг и руководителям служб охраны психического здоровья необходимо провести оценку потенциальных возможностей в области решения наиболее приоритетных задач.
- > Критерии оценки потенциальных возможностей по развитию услуг включают такие факторы, как техническая, административная и юридическая выполнимость; наличие финансового и ресурсного обеспечения; возможность долгосрочной поддержки; приемлемость услуг; непосредственный эффект; обеспечение равного доступа к оказанию психической и психиатрической помощи и ее равномерного распределения по географическим районам; наличие потенциала для перехода от пилотных проектов к оказанию повсеместных услуг и общие критерии министерства здравоохранения по оценке предоставляемых услуг.
- > На данном этапе руководителям служб следует рассмотреть возможности использования контрактной системы оплаты.

Задача 3. Постановка целей на среднесрочный период от трех до пяти лет

- > На основе проведенной оценки потенциальных возможностей целесообразно установить цели по планированию конкретных услуг, включая их ожидаемую стоимость, мероприятия по их осуществлению и время, необходимое для их достижения.
- > Цели должны соответствовать графику проведения работ и могут включать новые функции обслуживания и соответствующие учреждения; расширение потенциала существующих служб; перераспределение средств от менее приоритетных услуг к более приоритетным и сбор новых данных, необходимых для следующего цикла планирования.
- > Необходимо подготовить план развития службы охраны психического здоровья, содержащий общую информацию, цели, стратегии, график проведения работ и бюджет.
- > Необходимо установить взаимосвязь между общегосударственными планами по охране психического здоровья и планами развития общественного здравоохранения на местном уровне.

Этап D. Достижение поставленных целей

Задача 1. Формирование системы бюджетного управления

- > Руководители служб охраны психического здоровья должны ознакомиться с бюджетным процессом и понять свою роль в процессе пересмотра предыдущего бюджета. Планы по организации услуг в области психического здоровья, разработанные на Этапе С, должны быть взяты за основу при проведении переговоров по будущему бюджету.
- > Необходимо создать механизм финансового управления и отчетности с целью осуществления эффективного управления и мониторинга за процессом бюджетирования услуг в области психического здоровья, а также за статьями общего бюджета здравоохранения, относящимися к охране психического здоровья.
- > Системы мониторинга должны выявлять возможный перерасход или нехватку средств на ранней стадии, с тем чтобы можно было предпринять необходимые действия по корректировке ситуации.

Задача 2. Мониторинг

- > Мониторинг должен проводиться на постоянной основе, преимущественно с использованием информационных систем и механизмов улучшения качества.
- > Процесс постоянного управления службами охраны психического здоровья основывается на развитии как материальных, так и нематериальных ресурсов, балансе между стационарными и внебольничными службами и балансе между клиническими службами и службами клинической и неклинической поддержки.

Задача 3. Оценка

- > Последний этап планирования и бюджетирования услуг в области психического здоровья состоит в оценке работы службы. Оценка завершает цикл планирования и бюджетирования и ведет к улучшению качества работы службы, планированию будущего бюджета и непосредственному оказанию услуг.
- > Проведение оценки необходимо, так как она является ключевой концептуальной основой планирования услуг в области охраны психического здоровья. Цель планирования заключается не только в гарантированном обеспечении ресурсами или оказании поддержки в процессе предоставления определенного набора услуг (например, выделение минимального бюджета или обеспечение минимальным количеством коек), но и в достижении положительных результатов лечения лиц, страдающих психическими расстройствами.
- > Руководители служб охраны психического здоровья должны иметь четкое представление не только о том, какие меры вмешательства в области оказания психической и психиатрической помощи являются эффективными, но и о том, какие вмешательства можно проводить с наименьшими затратами.
- > Проведение экономической оценки позволяет руководителям и специалистам по планированию получать самую актуальную информацию о возможных затратах и результативности оказания услуг.
- > При проведении экономической оценки можно использовать анализ рентабельности затрат, анализ полезности затрат и анализ соотношения затрат и выгоды для оценки работы служб охраны психического здоровья на местном уровне. Результаты такой оценки должны, вместе с другими данными, учитываться при принятии решений.
- > Экономическая оценка завершает цикл планирования и должна привести к постановке целей в области планирования и бюджетирования услуг по охране психического здоровья в будущем.

Рекомендации и выводы

В данном модуле представлен системный подход к осуществлению планирования и бюджетирования услуг в области охраны психического здоровья на местном уровне. Такой подход возможен благодаря проведению оценки услуг (включая анализ имеющихся ресурсов и оценку спроса), анализу потребностей в медико-социальной помощи, постановке программных целей (на основании приоритетов, установленных путем сопоставления существующего набора услуг и потребностей) и оказанию данных услуг в условиях организации непрерывного процесса бюджетного управления и оценки.

Данный подход применим повсеместно ко всем аспектам работы служб охраны психического здоровья, включая вопросы пропаганды ценностей психического здоровья, профилактики расстройств, лечение и реабилитацию.

Для более полного использования положений данного модуля, странам необходимо адаптировать методы планирования в зависимости от собственных потребностей и сложившихся обстоятельств.

- > Для стран с минимальным набором услуг в области охраны психического здоровья или их полным отсутствием данный модуль может стать руководством по оценке работы существующих служб на местном уровне и проведению оценки потребностей в подобных услугах. После этого могут быть поставлены цели по развитию приоритетных направлений в рамках существующих бюджетных ограничений.
- > Для стран, в которых развиты службы общественного здравоохранения, но существует слабая сеть охраны психического здоровья или такая сеть отсутствует вообще, данный модуль содержит информацию о конкретных аспектах планирования услуг в области психического здоровья, которые могут быть незнакомы специалистам по планированию в сфере общественного здравоохранения. Это может способствовать ускорению процесса определения приоритетов в области охраны психического здоровья в структуре общей лечебной сети.
- > Для стран, обладающих достаточным потенциалом по оказанию услуг в области психического здоровья, данный модуль является инструментом детальной оценки существующих ресурсов и возможных потребностей в услугах. Постановка целей, бюджетирование услуг и их оказание становится возможным после проведения подобной оценки.

Планирование не всегда является рациональным процессом, и специалисты по планированию могут столкнуться с трудностями, связанными с политическими разногласиями, борьбой за личную власть и конфликтами между различными заинтересованными сторонами. Процесс реформирования службы может занять определенное время и потребовать мобилизации политической воли для кардинального улучшения ситуации. Несмотря на данные трудности и продолжительность процесса, поставленная цель, заключающаяся в улучшении качества услуг в области охраны психического здоровья населения на местном уровне, является вполне достижимой.

Цели и целевая аудитория

Цель данного модуля состоит в разработке понятной и рациональной модели по оценке потребностей в области охраны психического здоровья на местном уровне и планированию соответствующих услуг.

Цель данного модуля состоит в обеспечении стран набором методических рекомендаций по разработке планов и формированию бюджета для организации услуг в области охраны психического здоровья на местном уровне. В нем представлен прагматический подход к планированию услуг, основанный на использовании наиболее оптимальной информации и учете мнений всех заинтересованных сторон.

Данные методические рекомендации изложены в процессе описания следующих этапов планирования.

Этап А: **Анализ ситуации** в области оказания услуг службами охраны психического здоровья и их финансирование.

Этап В: **Оценка потребностей** в услугах по охране психического здоровья.

Этап С: **Постановка целей** в области охраны психического здоровья.

Этап D: **Достижение поставленных целей**, формирование бюджета для организации услуг, проведение мониторинга и оценки.

Для демонстрации работы данной модели приводится конкретный **пример**, характеризующий каждый из четырех этапов. Он служит иллюстрацией, демонстрирующей, как страны могут проводить расчеты обеспечения собственными материальными и бюджетными ресурсами на основе собранных данных. Эти данные приводятся исключительно для иллюстрации примеров и не должны рассматриваться в качестве рекомендаций по объему оказываемых услуг (например, количество койко-мест, обеспечение кадровыми ресурсами и лекарственными средствами).

Цикл планирования и бюджетирования

Процесс планирования и бюджетирования является циклическим. По мере получения новой информации о развитии услуг, процессе их оказания и результатах лечения можно будет вносить соответствующие изменения в проводимый анализ потребностей и процесс последующего планирования. Рисунок 1, на котором схематично представлена четырехэтапная модель планирования, является иллюстрацией циклической природы процесса планирования.

Цель данного модуля состоит в обеспечении стран набором методических рекомендаций по разработке планов и формированию бюджета для организации услуг в области охраны психического здоровья на местном уровне.

Методические рекомендации по планированию изложены в процессе описания четырех этапов, включая примеры ситуаций в различных странах.

Рисунок 1. Этапы планирования и бюджетирования услуг в области охраны психического здоровья

Этап А. Анализ ситуации

Задачи:

1. Определите категории *населения*, которым будут предоставляться услуги
2. Проведите пересмотр *контекста* психического здоровья
3. Проведите *консультации* со всеми заинтересованными сторонами
4. Определите ответственных за *формирование бюджета и планировании услуг*
5. Проведите анализ оказываемых *услуг и ресурсов в секторе общественного здравоохранения*
6. Проведите анализ оказываемых *услуг и ресурсов в других секторах*
7. Проведите анализ текущего *использования услуг* (наличие спроса) во всех секторах

Этап В. Оценка потребностей

Задачи:

1. Определите приоритеты в отношении лечения психических состояний, исходя из их *распространенности/частоты новых случаев/тяжести*
2. Проведите *корректировку* данных по распространенности психических состояний
3. Определите ожидаемое количество *случаев* в течение года
4. Проведите оценку *ресурсов* на предмет соответствия существующим потребностям
5. *Рассчитайте стоимость* ресурсного обеспечения для оказания предполагаемого объема услуг

Этап Д. Достижение поставленных целей

Задачи:

1. Создайте систему бюджетного управления
2. Проведите мониторинг
3. Проведите оценку

Этап С. Постановка целей

Задачи:

1. *Определите приоритетность услуг* – Определите нереализованную потребность, представляющую наивысший приоритет и являющуюся результатом несоответствия между Этапами А и В¹
2. Проведите *оценку потенциальных возможностей*
3. *Поставьте цели* в области среднесрочного планирования услуг от 3 до 5 лет:
 - > новые функции служб и психиатрических учреждений
 - > расширение потенциала существующих служб
 - > перераспределение средств из сферы менее приоритетных услуг
 - > сбор новых данных для последующего цикла планирования

Как пользоваться этим модулем по планированию?

Этапы А–D являются обязательными для осуществления системного процесса планирования услуг в области охраны психического здоровья. После того как выполнены задачи Этапов А и В, ежегодное планирование на Этапах С и D входит в циклическую фазу за счет использования скользящего плана, схематично представленного ниже. Это позволяет достигать поставленных целей, пересматривать контекст оказания услуг и ежегодно осуществлять мониторинг в процессе их оказания, а также проводить соответствующую корректировку бюджета исходя из достигнутых результатов. Для повышения плановых показателей может потребоваться более системный пересмотр услуг и потребностей, с повторным осуществлением Этапов А и В, примерно через каждые пять лет.

В верхнем правом углу каждой страницы штриховкой отмечен квадрат, показывающий, на каком этапе цикла планирования находятся заинтересованные стороны. Данный пример:



показывает, что они находятся на Этапе А.

Не обязательно соблюдать строгую последовательность данных этапов планирования. Каждая страна может адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и сложившихся обстоятельств, а также внести необходимые корректировки в случае изменения потребностей и смены приоритетов. Необходимо подчеркнуть, что планирование является длительным и непрерывным процессом. Страны могут приступить к планированию и реформированию без завершения каждого этапа, описанного в данном документе. Нет необходимости строго следовать всем положениям предложенного модуля. Изначально он разрабатывался как гибкий инструмент, который может быть адаптирован к потребностям и обстоятельствам той или иной страны. Например, некоторым странам желательно определить потребности в услугах (Этап В) перед анализом состояния текущих ресурсов и текущего спроса (Этап А).

График выполнения

В данной модели планирования потребность в услугах рассчитывается в среднем на один год. Для этого используются годовые данные по распространенности, которые позволяют специалистам по планированию провести оценку потребностей в услугах на один год в рамках годового бюджета. Показатели использования услуг, такие как число госпитализаций на тысячу человек населения за определенный период или число амбулаторных обращений, рассчитываются соответствующим образом, например число госпитализаций на определенное количество населения в год или число амбулаторных обращений в год и т. д.

Планирование на календарный год должно также происходить с учетом более долгосрочных планов. Скользящий план открывает возможность превращения долгосрочных планов, установленных на период от трех до пяти лет, в годовые бюджеты. Подобный план позволяет осуществлять изменения в соответствии с потребностями, ресурсами и спросом, а не за счет отклонения от основной стратегии или снижения темпов оказания услуг. Каждый год происходит принятие скользящего плана с более детальным планированием на два или три года (Рисунок 2).

Трехгодичные скользящие планы включают, в разной степени детализации, цели по развитию службы охраны психического здоровья в зависимости от графика их выполнения. Таким образом:

- > Планы на 3-й год содержат общее описание, например разукрупнение психиатрических стационаров длительного пребывания и переход к финансированию служб охраны психического здоровья на местах.
- > Планы на 2-й год включают более подробную информацию, например количество больничных коек, которое необходимо сократить в психиатрических стационарах длительного пребывания и более конкретные данные о переводе фондов во внебольничные службы.
- > Планы на 1-й год являются наиболее подробными, например точные операционные затраты на деинституционализацию, точный объем средств, переадресованных от психиатрических стационаров службам охраны психического здоровья на местном уровне, данные о параллельном финансировании стационарных и внебольничных служб, затраты на подготовку персонала внебольничных служб и данные по сокращению мест в стационарах и открытию внебольничных учреждений.

В данной модели планирования потребность в услугах рассчитывается в среднем на один год.

Скользящий план открывает возможность превращения долгосрочных планов, установленных на период от трех до пяти лет, в годовые бюджеты.

Рисунок 2. Циклы трехгодичного скользящего плана



Источник: адаптировано из Green, 1999.

Целевая аудитория

Данный модуль предназначен для **руководителей служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию**, работающих, в основном, в секторе общественного здравоохранения. Важно, чтобы руководители служб были должным образом проинформированы о финансовых аспектах планирования и оказания услуг в области охраны психического здоровья, если в их задачу входит наращивание потенциала служб охраны психического здоровья, особенно в рамках их интеграции в общую лечебную сеть. По этой причине вопросы бюджетирования являются неотъемлемой частью процесса планирования услуг в области охраны психического здоровья. Для руководителей служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию в секторе общественного здравоохранения, у которых нет достаточного опыта в области бюджетирования, данный модуль может стать как источником дополнительной информации, так и руководством для формирования бюджета. Для восприятия содержания предлагаемого модуля не требуется наличия опыта в области экономики здравоохранения.

В предлагаемом модуле основное внимание уделяется вопросам оказания услуг в области охраны психического здоровья в **общественном секторе здравоохранения** или государственными службами здравоохранения. Роль руководителей служб общественного здравоохранения и специалистов по планированию может заключаться в координации или регулировании деятельности служб охраны психического здоровья, находящихся в ведении других секторов, включая частный сектор, неправительственные организации и представителей неофициального сектора.

Авторы данного модуля также уделяют большое внимание вопросам планирования и бюджетирования услуг в области психического здоровья в свете их **интеграции в общую лечебную сеть**, в которой психическое здоровье является лишь одним из компонентов охраны здоровья населения. Поскольку процесс интеграции служб охраны психического здоровья в общую лечебную сеть является довольно распространенным, в ходе интеграции могут возникнуть такие проблемы, как включение бюджета служб охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения. Например, услуги психиатрических сестер в системе первичного медико-санитарного звена могут оплачиваться из общего бюджета здравоохранения. Однако необходимо гарантировать определенную защищенность средств, выделяемых на охрану отдельных аспектов психического здоровья в системе общей лечебной сети (см. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*» для более подробной информации о преимуществах и недостатках отдельного и общего бюджета).

Данный модуль посвящен вопросам планирования и бюджетирования услуг в области психического здоровья на **местном** уровне, на котором предполагается определенная степень децентрализации при формировании бюджета (см. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*», в котором приводится более подробное сравнение централизованного и децентрализованного бюджета).

Странам рекомендуется адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и сложившихся обстоятельств. Для оказания услуг на местном уровне могут быть использованы **различные сценарии** в зависимости от степени развития системы охраны психического здоровья.

Данный модуль предназначен для руководителей служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию сектора общественного здравоохранения.

В предлагаемом модуле основное внимание уделяется вопросам ответственности сектора общественного здравоохранения за оказание услуг в области охраны психического здоровья.

Авторы данного модуля уделяют большое внимание вопросам планирования и бюджетирования услуг в области психического здоровья в рамках их интеграции в общую лечебную сеть.

Данный модуль посвящен вопросам планирования услуг на местном уровне.

> Сценарий А

На уровне района охвата медобслуживанием может не быть возможностей для планирования услуг как в общесоматическом, так и психиатрическом здравоохранении. Например, маловероятно, что на этом уровне может составляться бюджет охраны психического здоровья или имеются координаторы, отвечающие за планирование услуг в данной сфере.

В рамках Сценария А данный модуль является руководством по обеспечению доступа к существующим службам на местном уровне и проведению оценки потребностей в услугах по охране психического здоровья. Очень часто здесь возникают следующие вопросы. Какие услуги (если они есть вообще) имеются в наличии? Оказываются ли какие-либо услуги представителями неофициального сектора, например членами семей больного, религиозными организациями или народными целителями? Имеются ли в наличии какие-либо финансовые средства для развития услуг? Каковы потребности населения в тех или иных услугах?

Специалистам по планированию, возможно, придется детально ознакомиться с общенациональной или центральной политикой и планами, которые могут послужить потенциальным руководством для разработки планов и программ по охране психического здоровья на местном уровне. Таким образом, данный модуль является инструментом по разработке предложений и созданию первоначальной системы услуг на территориальном уровне. При выполнении задач на определенных этапах чрезмерная детализация может оказаться нецелесообразной. Это может произойти в тех случаях, когда имеющаяся информация в области использования услуг (спроса) является ограниченной.

> Сценарий В

Район охвата медобслуживанием может обладать возможностями планирования услуг в системе общей лечебной сети, но не в системе охраны психического здоровья. На районном уровне могут иметься специалисты по планированию здравоохранения, обладающие знаниями в области бюджетирования и организации услуг в системе общей лечебной сети, но не имеющие опыта планирования услуг в системе охраны психического здоровья.

В рамках Сценария В данный модуль является источником информации по конкретным аспектам планирования услуг в области психического здоровья, с которыми незнакомы специалисты по планированию общей лечебной сети. Модуль выполняет обучающую функцию для специалистов по планированию здравоохранения, которые не имеют опыта в области охраны психического здоровья. Некоторые аспекты бюджетирования уже могут быть знакомы специалистам по планированию и, следовательно, не являться для них актуальными.

> Сценарий С

На местном уровне может возникнуть необходимость в создании потенциала для планирования услуг как в системе общей лечебной сети, так и в системе охраны психического здоровья. Вполне вероятно, что на районном уровне могут быть специалисты по планированию и бюджетированию услуг в области психического здоровья, а также иметься бюджет по оказанию услуг в данной сфере, интегрированный в общий бюджет здравоохранения.

В рамках Сценария С данный модуль служит инструментом оценки имеющихся ресурсов и анализа потребностей населения в различных услугах. Постановка целей, формирование бюджета и выполнение поставленных задач становится возможным после проведения подобной оценки.

Другие контекстуальные различия между странами также могут оказать влияние на выполнение положений данного модуля. Например, в странах с нестабильной политической обстановкой осуществление долгосрочного планирования на районном уровне является более сложной задачей вне зависимости от степени децентрализации или развития системы охраны психического здоровья. С другой стороны, в странах с высоким уровнем экономического роста процесс планирования услуг в области психического здоровья происходит гораздо легче, чем в странах с очень ограниченным ресурсным обеспечением.

Вследствие подобных различий не всем странам удастся претворить положения, содержащиеся в этом модуле, в жизнь. Однако модуль и описанные в нем этапы дают общее представление о том, каких результатов можно достигнуть, и служат руководством для стран, которое рекомендуется адаптировать в зависимости от собственных потребностей и сложившихся обстоятельств.

Не каждой стране удастся претворить все задачи, содержащиеся в данном модуле.

Модуль и описанные в нем этапы дают общее представление о том, каких результатов можно достигнуть, и служат руководством для стран, которое рекомендуется адаптировать в зависимости от собственных потребностей и сложившихся обстоятельств.

Сколько времени потребуется для выполнения этапов, описанных в данном модуле?

Для выполнения первых трех этапов (анализ ситуации, оценка потребностей и постановка целей) потребуется от шести месяцев до одного года. Продолжительность временного периода зависит от полноты имеющейся информации о состоянии оказания услуг и от степени вовлеченности всех заинтересованных сторон в процесс консультаций. Осуществление четвертого этапа (Достижение поставленных целей, проведение мониторинга и оценки) может занять более длительный период времени. Первая оценка может быть проведена через один год, однако существенных перемен вероятнее всего стоит ожидать только через 3–5 лет.

Какие кадровые ресурсы необходимы для выполнения описанных этапов?

На уровне района охвата медобслуживанием по крайней мере один человек или предпочтительно бригада, состоящая из двух или трех специалистов, может нести непосредственную ответственность за процесс планирования и бюджетирования. Таким специалистам потребуются навыки в области сбора информации, составлении отчетности и проведении консультаций. Для осуществления процесса планирования на региональном или национальном уровне предпочтительно иметь бригаду планировщиков, состоящую из большего числа специалистов, хотя отдельные ее члены могут играть менее активную роль и выступать исключительно в качестве консультантов на ключевых этапах цикла планирования и бюджетирования услуг.

1. Введение

Специалистам по планированию, руководителям и поставщикам услуг в области охраны психического здоровья часто приходится искать ответы на следующие вопросы. Какие материальные и людские ресурсы необходимы для организации службы охраны психического здоровья на местах? Какое материально-техническое и кадровое обеспечение, а также лекарственные средства необходимы таким службам для оказания эффективных и результативных услуг приемлемого качества? Как возможно организовать оказание услуг в области охраны психического здоровья в условиях ограниченных финансовых ресурсов? Какой объем финансовых средств необходим для работы службы охраны психического здоровья?

Получить ответы на эти вопросы не так-то просто. Существуют значительные различия между странами в области ресурсного обеспечения охраны психического здоровья. Более того, потребности в тех или иных услугах могут варьироваться в зависимости от страны, а в отдельных странах эти потребности определяются уникальными, культуральными особенностями. Экономическая ситуация в стране в большинстве случаев непосредственно влияет на объем ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья.

По этим причинам невозможно рекомендовать странам принять минимальный набор услуг или мировые стандарты, такие как минимальное количество больничных коек или персонала. Помимо того, что данные рекомендации могут оказаться неприемлемыми для удовлетворения конкретных потребностей той или иной страны, подобные обобщенные показатели имеют ограниченное применение, поскольку они вырваны из реального контекста.

Странам необходимо самостоятельно найти ответы на поставленные вопросы. Это можно сделать в процессе тщательного планирования, основанного на детальной оценке потребностей на местах и анализе работы существующих служб. Для оказания помощи в области планирования в данном модуле приводится набор инструментов по планированию и бюджетированию, которые позволят странам организовать планирование услуг в области психического здоровья более эффективно и результативно. Предлагаемые инструменты не обязательны к исполнению, а являются рекомендациями, способными помочь странам организовать работу службы охраны психического здоровья в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств.

Какие материальные и людские ресурсы необходимы для организации службы охраны психического здоровья на местах?

Принять всем странам мировые стандарты в качестве рекомендаций не представляется возможным.

Данный модуль предлагает странам набор инструментов по планированию и бюджетированию услуг в области охраны психического здоровья.

2. Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья: от анализа ситуации до достижения поставленных целей

Планирование услуг можно проводить рационально, на основании тщательной оценки потребностей и наличия местных ресурсов. В процессе планирования необходимо принять во внимание следующие аспекты.

1. Участие всех заинтересованных сторон в как можно большем количестве этапов планирования является жизненно важным (Lesage, 1999). Планирование услуг в области психического здоровья – не только технический, но и политический процесс (Green, 1999). Многие далеко идущие планы терпели неудачу, вследствие того, что у них не было необходимой поддержки со стороны местного руководства, лиц, страдающих психическими расстройствами, лиц, осуществляющих уход за больными, политиков, администраторов и поставщиков услуг. Данные группы населения часто имеют разные взгляды на потребности в психической и психиатрической помощи. Обмен информацией между всеми сторонами в ходе переговорного процесса является абсолютно необходимым (см. модуль «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья»).

2. Планирование должно быть всеобъемлющим и включать вопросы **актуальности пропаганды охраны психического здоровья, профилактики расстройств, лечение и реабилитацию**. Несмотря на то, что примеры, приводимые в данном модуле, отражают вопросы лечения и реабилитации, данная методология может быть адаптирована к аспектам, связанным с организацией планирования мероприятий в области пропаганды психического здоровья и программ по профилактике психических расстройств.

3. Планирование **не всегда является рациональным процессом**. Читатели могут прийти к выводу, что рациональный поэтапный подход, представленный в данном модуле, противоречит их опыту планирования. В процессе планирования плановики сталкиваются с иррациональностью в таких формах ее проявления как политические разногласия, борьба за личную власть и взаимоисключающие потребности различных заинтересованных сторон. В данном контексте рациональный подход к планированию является важным инструментом и союзником. Подход, основанный на рациональной оценке текущей ситуации и потребностях населения, служит полезным руководством для специалистов по планированию. Цель данного подхода состоит в реформировании старых методов планирования в области охраны психического здоровья, при которых в процессе выделения ресурсов и формирования бюджета не учитывались потребности на местах или не принимались во внимание научно обоснованные наиболее эффективные схемы обслуживания пациентов.

4. По этой причине планы должны быть адаптированы странами в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств, на основе имеющейся достоверной информации и ресурсного обеспечения (Thornicroft & Tansella, 1999). Для этого потребуется информация о потребностях в услугах на местах и **научно обоснованном подходе** в обслуживании пациентов.

5. Имеется все больше данных о наиболее эффективных с точки зрения затрат методах в области пропаганды и содействия, профилактики психических расстройств, лечения и реабилитации. Они основаны на концепции **оказания психической и психиатрической помощи по месту жительства**. Данный модуль следует рассматривать в общих рамках организации оказания услуг в области психического здоровья на местном уровне, интеграции психиатрических служб в систему общесоматического здравоохранения и снижения представленности стационарного сектора по мере развития обслуживания на местах. Следовательно, одновременно с ним желательно ознакомиться с модулем «Организация служб охраны психического здоровья».

6. При планировании услуг в области психического здоровья необходимо принимать во внимание **более широкий спектр медицинских и социальных нужд населения**. Это особенно важно для служб охраны психического здоровья, которым часто приходится взаимодействовать с широким спектром социальных и медицинских служб. Результаты лечения психических расстройств зависят от множества различных факторов, включая соматическое состояние пациентов, их социальные условия, проблему занятости и отношения в семье (Glover, 1996; Thornicroft, De Salvia & Tansella, 1993).

Планирование – не только технический, но и политический процесс, при осуществлении которого необходимо принимать во внимание потребности всех сторон, заинтересованных в охране психического здоровья.

При планировании услуг в области психического здоровья необходимо принимать во внимание более широкий спектр медицинских и социальных нужд населения.

7. Во многих странах меры в области планирования не являются всеобъемлющими вследствие ограниченности информации. По этой причине в процессе планирования должны использоваться простые показатели, которые позволяют легко осуществлять **сбор необходимых данных**. При осуществлении процесса планирования важно проявлять последовательность при использовании формализованных показателей, таких как число психиатрических коек для взрослых больных с тяжелыми расстройствами на единицу населения и количество постоянного персонала (см. Глоссарий).

8. Эффективное планирование требует **повторяемости и гибкости** в процессе постановки и осуществления поставленных целей. Повторяемость означает возможность пересмотра целей и смены приоритетов в свете информации, полученной дополнительно на стадии планирования, например информации о наличии ресурсов (больничных коек, персонала, лекарственных средств).

Четырехэтапная модель включает подход, основанный на **оценке потребностей населения и потребностей служб**, гибкость которого зависит от наличия данных на местном уровне и наличия различного типа услуг. Это позволяет адаптировать модель к структуре служб охраны психического здоровья на уровне страны или к потребностям служб на местном уровне. Например, если службы сильно раздроблены, подход, основанный на оценке потребностей населения, может оказаться наиболее предпочтительным, так как позволяет иметь общую картину потребностей населения в тех или иных услугах. Если, однако, службы сильно централизованы, то данные по оказанию услуг уже должны иметься в наличии, и необходимость в тех или иных услугах в этом случае будет более очевидной.

См. далее более подробное описание этапов, приведенных в модели планирования (Рисунок 1).

В случае отсутствия достаточной информации процесс планирования услуг должен осуществляться на основании оценки потребностей населения и потребностей служб с целью повышения его эффективности и наиболее эффективного использования ограниченных ресурсов.

Этап А. Анализ ситуации



Задача 1. Определение категорий населения, которым будут предоставляться услуги

Первая задача состоит в определении населения или района психиатрического обслуживания. Такой контингент населения может быть установлен на общегосударственном или местном уровне (Thornicroft & Tansella, 1999). Предпочтительно, чтобы целевое население:

- > проживало в установленном административном районе с четко определенными географическими границами;
- > было достаточно большим по численности для оказания более экономичных услуг (оказание эффективных услуг с меньшими затратами) с одновременным расширением их спектра;
- > было достаточно компактным для эффективного ведения случаев и удовлетворения конкретных потребностей на местах;
- > было таким, чтобы услуги становились доступными всему населению, имеющему доступ к средствам транспорта (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.).

В большинстве стран район охвата медобслуживанием, где оказываются услуги в области психического здоровья, ограничен существующей инфраструктурой, в частности общесоматического здравоохранения. В некоторых странах разные службы здравоохранения могут оказывать услуги в разных районах. Например, службы первичной медико-санитарной помощи могут обслуживать более маленький медицинский участок, чем район, обслуживаемый специалистами в области охраны психического здоровья. Другие секторы, например сектор социального обеспечения, жилищно-коммунальный, райотделы образования и уголовной юстиции, могут не совпадать с границами района охвата медобслуживанием.

Во время выполнения данной задачи важно установить характерные особенности целевого населения с распределением по численности и возрасту. Например, планирование услуг может осуществляться для детей или подростков (от 0 до 17 лет), взрослых (от 18 до 64 лет) или лиц пожилого возраста (65 лет и старше). Необходимо также указать, является ли район охвата медобслуживанием сельским или городским, и уделить внимание вопросу потенциальной доступности услуг. Важно также рассмотреть другие характерные особенности целевого населения, такие как преобладание сельского или городского населения, наличие беженцев или мигрантов, у которых могут иметься особые потребности в области охраны психического здоровья (Watters, 2002), а также наличие высокого уровня социального отчуждения, часто связанного с повышенными потребностями в области охраны психического здоровья (Glover, 1996; Hansson et al., 1998).

Подробные примеры, приводящиеся в данном модуле, относятся к **услугам, оказываемым на местном уровне**. Поскольку во всем мире существуют большие различия в степени децентрализации служб здравоохранения, численность целевого населения на местах может существенно варьироваться. См. Таблицу 1, содержащую примеры численности населения, охваченного услугами в области психического здоровья на местном уровне.

Первая задача состоит в определении категорий населения, которым будут предоставляться услуги в области психического здоровья.



Таблица 1. Примеры охвата целевых групп населения услугами в области охраны психического здоровья на местном уровне

Город или страна	Население
Бирмингем, Великобритания	от 50 000 до 150 000 (Rosen, 1999)
Германия	150 000 (Rosen, 1999)
Гана	от 130 000 до 200 000 (Orley, 2000)
Мэдисон, штат Висконсин, США	от 100 000 до 150 000 (Rosen, 1999)
Осло, Норвегия	30 000 (Rosen, 1999)
Южная Африка	от 100 000 до 180 000 (Rispel, Price & Cabral, 1996)
Сидней, Австралия	от 110 000 до 230 000 (Rosen, 1999)
Верона, Италия	75 000 (Rosen, 1999)

Основные положения: Задача 1

- Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо определить целевые группы населения, которым будут предоставляться услуги по охране психического здоровья, или район охвата медобслуживанием, где данные услуги будут оказываться соответствующими службами.
- Необходимо установить характерные особенности целевого населения с распределением по возрасту, плотности проживания, уровню социального отчуждения, а также наличие беженцев для предвидения специфических потребностей.

Задача 1. Пример: Определить целевые группы населения для оказания услуг в области психического здоровья

Для приводимого подробного примера было выбрано население с численностью **100 000** человек, которое может быть типичным целевым контингентом в большинстве стран. Данную цифру легко соотносить с точной численностью местного населения, особенно в случаях меньшей децентрализации. Данное целевое население приводится в подробных примерах на всех четырех этапах цикла планирования.

Задача 2. В каком контексте осуществляется планирование услуг в области охраны психического здоровья?

Перед началом планирования важно иметь четкое представление о том, в каком контексте будет осуществляться оказание услуг в области охраны психического здоровья на местах. Процесс планирования и бюджетирования услуг не осуществляется в вакууме, а происходит в конкретном политическом, экономическом и культурном контексте.

Для понимания контекста психического здоровья необходимо осуществить сбор информации об истории развития служб охраны психического здоровья (если такие службы существуют) и о том, кто отвечает за оказание услуг в данной сфере. Важно также иметь четкое представление о политических и социально-экономических условиях, в которых происходит оказание психической и психиатрической помощи. Какая политика в области охраны психического здоровья проводится как на общегосударственном, так и на местном уровне? Способствует ли политическая обстановка (или является препятствием) развитию служб охраны психического здоровья? Осуществляется ли в рамках проводимой политики пропаганда актуальности охраны психического здоровья, защита прав пациентов, профилактика психических расстройств и комплекс мер по лечению и реабилитации?

Культуральный контекст планирования услуг в области психического здоровья также представляет большую важность. Как службы психического здоровья воспринимаются местным населением? Какие культуральные и религиозные воззрения существуют в отношении психических расстройств? Например, если у кого-либо диагностировали шизофрению в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10), какое объяснение с культуральной точки зрения будет дано местным населением поведению лица с подобным диагнозом? В более широком контексте, в какой степени местная община будет вовлечена в процесс планирования и оказания услуг в области охраны психического здоровья?

Перед началом планирования важно иметь четкое представление о том, в каком контексте будет осуществляться оказание услуг в области охраны психического здоровья на местах.



Качественная информация о текущем состоянии служб или программ также является очень важной. Например, какие настроения царят среди специалистов-практиков? Достаточно ли они мотивированы и восприимчивы к нововведениям или измучены работой вследствие чрезмерных нагрузок и неадекватного ресурсного обеспечения? Какого качества услуги в области охраны психического здоровья оказываются населению?

Большая часть информации носит качественный характер и может плохо поддаваться измерению в количественных показателях. Одни данные можно получить напрямую, например, путем проведения опросов, интервью или формальных исследований, другие – косвенным способом, например, внимательно слушая, как специалисты по охране психического здоровья говорят о своей работе во время совещаний или наблюдая за реакцией основных заинтересованных сторон после внесения предложений о реформировании служб охраны психического здоровья или внесении изменений в их практику.

Большая часть информации носит качественный характер и может быть собрана разными способами.

Основные положения: Задача 2

- Руководителям служб охраны психического здоровья и специалистам по планированию необходимо иметь четкое представление о контексте психического здоровья на местном уровне.
- Для этого может потребоваться сбор информации, относящейся, например, к истории развития служб охраны психического здоровья в данном районе, текущей политики в этой области, социально-экономическим условиям и культурным традициям. Большая часть такой информации носит качественный характер.

Задача 2. Пример: Понимание контекста психического здоровья

В районе проживания гипотетического населения численностью 100 000 человек оказывается лишь минимальный набор услуг в области охраны психического здоровья. На уровне правительства страны проводились дискуссии на предмет разработки новой политики в области психического здоровья, однако результаты обсуждений на местном уровне еще не известны. В системе первичного медико-санитарного звена оказывается минимальный набор услуг в области психического здоровья. В основном они сводятся к наблюдению за лицами с тяжелыми психическими расстройствами и ведению подобных больных. Местная больница общего профиля принимает психиатрических пациентов, однако у нее ощущается нехватка коек, что часто приводит к преждевременной выписке. Не существует никаких программ по пропаганде актуальности охраны психического здоровья и профилактики психических расстройств.

Культуральное восприятие психического расстройства среди местного населения разнообразно. Больные психическими расстройствами часто воспринимаются как люди, в которых вселились злые духи. Лица с психическими расстройствами часто подвергаются стигматизации среди местного населения, что не позволяет им нормально пользоваться услугами. Тем не менее, семьи лиц, страдающих психическими расстройствами, часто проявляют находчивость и готовность к сотрудничеству. Механизмы улучшения качества отсутствуют, а моральное состояние работников служб охраны психического здоровья оставляют желать лучшего. Информационные системы в целом не соответствуют требованию времени: часть информации о деятельности персонала служб охраны психического здоровья и количестве пациентов, которым оказана помощь на уровне первичного звена, собирается вместе с данными общесоматического здравоохранения, что затрудняет выделение полученных данных в отдельную категорию и анализ ситуации в системе охраны психического здоровья.

Задача 3. Проведение консультаций со всеми заинтересованными сторонами

После того как контекст охраны психического здоровья становится более или менее понятен, следующая задача заключается в определении всех ключевых заинтересованных сторон, которые будут вовлечены в этот процесс на местном уровне. **Проведение консультаций является важным аспектом всего цикла планирования и может происходить на самых разных его стадиях.** Некоторые специалисты по планированию здравоохранения утверждают, что планирование услуг во многом является **политическим** процессом, в ходе которого во внимание принимаются потребности и интересы большого числа сторон, заинтересованных в охране психического здоровья (Green, 1999). В Таблице 2 показаны заинтересованные стороны и стадии процесса планирования, на которых может произойти их вовлечение.

Следующая задача заключается в определении всех ключевых заинтересованных сторон, с которыми будут проводиться консультации по охране психического здоровья населения.



Таблица 2. Какие заинтересованные стороны надлежит вовлекать в процесс планирования услуг?

Заинтересованные стороны	Консультации по вопросам оказания услуг	Участие в основной группе планирования	Поддержка окончательного плана оказания услуг
Руководители служб здравоохранения	О	О	О
Работники служб охраны психического здоровья	О	О	О
Администраторы	О		
Потребители услуг и их представители	О	О	О
Менеджеры по контракту	Ж/К		
Работники социальных служб	О	О	
Агентства, оказывающие добровольную помощь	Ж	О	Ж
Врачи общей практики/ сестры ПМСП	О	О	О
Работники жилищно-коммунальных служб	О		Ж
Политики/руководители на местах		К	К
Неправительственные организации	О	К	Ж
Внешние советники/представители академических кругов	К	К	

О = обязательно; Ж = желательно; К = приглашаются в связи с конкретными вопросами; ПМСП = первичная медико-санитарная помощь. Источник: Thornicroft & Tansella, 1999.

Ряд проведенных исследований показали, что вовлечение заинтересованных сторон, как в процесс разработки, так и в процесс осуществления планов в области оказания услуг может привести к улучшению качества собираемых данных, принятию решений на основе достоверной информации и повышению ответственности перед обществом (Rouse, Torcas & MacCabe, 1998). На Маршалловых Островах, например, в состав руководящего комитета программы по снижению самоубийств и пропаганде психического здоровья вошли представители Министерства здравоохранения и окружающей среды, Департамента по делам женщин и молодежи, Министерства образования, Министерства юстиции, члены неправительственной организации (Молодежь за здоровье молодежи) и руководитель Совета церквей (представляющего Объединенную церковь Христа и католическую церковь) (Всемирная организация здравоохранения, 2000b). Чрезвычайно важно вовлекать в процесс планирования лиц, страдающих психическими расстройствами, так как их представители часто констатируют, что службы охраны психического здоровья не принимают во внимание потребности данных лиц (McCubbin & Cohen, 1996).

Консультации особенно важны в многокультурной среде и там, где западные модели по организации служб охраны психического здоровья и лечению психических расстройств могут оказаться неприемлемыми. Для преодоления подобных препятствий можно предложить различные стратегии. К ним относятся:

- > перевод клиницистов, подготовленных в соответствии с западной практикой, в разряд консультантов поставщиков услуг на местах, имеющих более глубокое понимание местной культуры (Barlow & Walkup, 1998);
- > сотрудничество с народными целителями;
- > признание различий в том, как пациенты понимают свое состояние (Lund & Swartz, 1998);
- > предотвращение поляризации между универсалистами (психические расстройства в принципе одни и те же вне зависимости от среды) и культуральными релятивистами (на психические расстройства культура оказывает такое воздействие, которое не позволяет определить общие области в различных культурах) и использование в системе здравоохранения подхода, принимающего во внимание широкий спектр биологических, культуральных, социальных, политических и экономических факторов в процессе планирования услуг, отвечающих местным потребностям (Patel, 2000);

Планирование услуг в области психического здоровья – не только технический, но и политический процесс, включающий проведение обстоятельных консультаций со всеми заинтересованными сторонами.



- > оказание услуг только в самых тяжелых случаях, когда народные целители и существующая система здравоохранения не в силах предоставить соответствующую помощь (Somasundaram et al., 1999);
- > признание того, что в некоторых случаях психиатрические вмешательства, разработанные в других странах, являются неприемлемыми и что необходимо разрабатывать местные виды вмешательств.

Основные положения: Задача 3

- Консультации со всеми сторонами, заинтересованными в охране психического здоровья, являются неотъемлемой частью процесса планирования.
- Специалистам по планированию необходимо определить главные заинтересованные стороны и обеспечить проведение консультаций с данными сторонами на соответствующих этапах процесса планирования.
- Особое внимание следует уделить проведению консультаций по приоритетным направлениям развития сферы услуг, по которым у сторон имеются разные мнения и вопросам интерпретации культуральных аспектов проблем психического здоровья.
- Вовлечение заинтересованных сторон как на стадии разработки планов, так и на стадии их осуществления способно привести к улучшению качества собираемых данных, принятию решений на основе достоверной информации, повышению ответственности перед обществом и способствовать претворению данных планов в жизнь.

Задача 3. Пример: Проведение консультаций со всеми сторонами, заинтересованными в охране психического здоровья

В ходе выполнения проекта по разработке норм и стандартов в Южной Африке исследователи, работающие по контракту с Министерством здравоохранения, провели консультации с примерно 300 сторонами, заинтересованными в оказании помощи в области психического здоровья, включая поставщиков услуг, руководителей служб, потребителей услуг, лиц, осуществляющих уход за больными людьми, и представителей высшей школы. В ходе консультаций распространялись опросные листы для выявления ресурсного обеспечения, было организовано посещение девяти провинций, а также консультирование и проведение фокус-групп формулирования норм и стандартов в сфере оказания услуг. Данная работа была проделана за восьмимесячный период. Исторический контекст, обусловленный неравным доступом и фрагментарностью услуг, потребовал разработки своих национальных норм и стандартов для исправления ошибок прошлого. Данные нормы и стандарты были сформулированы в руководстве, предназначенном для региональных и районных служб (Flisher et al., 1998).

Примером проведения консультаций в обстановке, когда западная модель развития служб охраны психического здоровья может оказаться неприемлемой, является Камбоджа, где сельские службы охраны психического здоровья были созданы в соответствии с местными, культуральными и религиозными воззрениями и на базе местной системы здравоохранения. Службы психического здоровья оказывают психическую и психиатрическую помощь только лицам с наиболее тяжелыми расстройствами или заболеваниями, которым не в состоянии помочь представители других секторов (народные целители или специалисты общественного сектора здравоохранения). Там, где это возможно, психосоциальные вмешательства, приемлемые с точки зрения культуральных традиций, применяются для лечения таких состояний, как тревожные и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), на основе западных психиатрических нозологий. Была предпринята попытка не допустить диагностических ошибок (Kleinman, 1980), когда местный диагноз игнорируется и заменяется западными категориями, не имеющими культуральной валидности (Somasundaram et al., 1999).



Задача 4. Определение лиц, ответственных за процесс планирования и бюджетирование услуг в области психического здоровья

Следующая задача заключается в определении ответственных за процесс планирования и бюджетирование услуг в области психического здоровья. Это важно по техническим причинам, так как руководитель службы психического здоровья должен знать о существующих каналах и процедурах финансирования, проведения мониторинга расхода средств и составления отчетности.

Это также важно по политическим причинам. Как уже было сказано, планирование является не только техническим, но и политическим процессом, в ходе которого руководителям служб и специалистам по планированию необходимо мобилизовать финансовые ресурсы для развития служб охраны психического здоровья. Знать, кто является ответственным за бюджетирование и планирование, а также в какой степени руководители служб несут ответственность за разработку бюджета и составление планов, важно для непрерывности обеспечения финансовыми ресурсами, правильной постановки целей и исполнения бюджетного процесса.

В данном модуле основная ответственность за осуществление процесса **планирования** ложится на плечи специалистов по планированию и руководителей сектора общественного здравоохранения. Специалисты по планированию и руководители общей лечебной сети должны решить, кто несет основную ответственность за планирование услуг в области охраны психического здоровья и какие заинтересованные стороны будут участвовать в процессе планирования услуг на местном уровне. Для этого необходимо добиться понимания со стороны лиц, принимающих решения, а также иметь четкое представление о процессах, определяющих планирование услуг в области психического здоровья. Для того чтобы планирование осуществлялось эффективно, необходимо создать группу по планированию, которая должна нести ответственность за все аспекты цикла планирования (начиная с Этапа А до Этапа D).

При определении ответственных за **бюджетирование** услуг руководители служб охраны психического здоровья могут столкнуться с различными сценариями.

- > Во многих случаях вопросы бюджетирования услуг в области психического здоровья решаются в рамках бюджета общесоматического здравоохранения. Это может означать прирост (или сокращение) бюджета на основании уровня расходов, а не приоритетов, относящихся к сфере психического здоровья.
- > В некоторых случаях одно лицо, которое может иметь или не иметь четкого представления о проблемах охраны психического здоровья, осуществляет жесткий бюджетный контроль. Эта ситуация далека от идеала: так же как консультации и участие являются неотъемлемой частью планирования, вовлечение основных заинтересованных сторон в процесс управления бюджетом охраны психического здоровья является важнейшим аспектом, гарантирующим строгий учет и целевое расходование средств.
- > В других случаях бюджетный комитет может оказаться слишком большим по составу и будет не в состоянии принимать необходимые и эффективные решения.

Там, где возможно, надо менять систему принятия решений в области бюджетирования услуг по охране психического здоровья таким образом, чтобы сделать процесс планирования наиболее оптимальным, эффективным и основанным на соответствующем опыте и знаниях. Так как для бюджетирования услуг одновременно требуются знания как из области финансов, так и охраны психического здоровья, предпочтительно, чтобы стороны несли совместную ответственность за бюджетный процесс. Например, для этого может быть сформирован комитет по бюджетному и финансовому управлению (Green, 1999). В него могут входить:

- > руководитель службы охраны психического здоровья;
- > бухгалтер (или финансист), который отвечает за другие статьи бюджета сектора общественного здравоохранения;
- > руководитель службы общественного здравоохранения (клиницист или администратор по специальности, который может не иметь специальной подготовки в области психиатрии);
- > специалист по охране психического здоровья или клиницист (может быть один из вышеперечисленных специалистов).

Определение ответственных за процесс планирования и бюджетирование услуг в области психического здоровья важно по техническим и политическим причинам.

Специалисты по планированию и руководители служб охраны психического здоровья должны определить ответственных за осуществление процесса планирования услуг на местном уровне.

Руководители служб могут столкнуться с различными сценариями при определении ответственных за бюджетирование услуг в области психического здоровья.



Необходимо создать полномочный орган, отвечающий за бюджет и организацию процесса бюджетирования.

Следующий этап, после определения лица или лиц, ответственных за бюджетирование услуг, заключается в создании **полномочного органа, отвечающего за принятие решений**, выработанных индивидуально или коллегиально в отношении размера бюджета в области психического здоровья и выделения средств на функционирование различных служб, осуществляющих его охрану.

Полномочные органы, отвечающие за бюджетирование услуг в области психического здоровья, отличаются друг от друга в зависимости от страны. Существуют разные взгляды на границы оказания услуг службами охраны психического здоровья и их функциональное взаимодействие с сектором общественного здравоохранения и другими секторами, такими как сектор социального обеспечения, образования, жилищно-коммунального хозяйства и внутренних дел (см. модуль «*Организация служб охраны психического здоровья*»). К двум факторам, оказывающим влияние на полноту принятия решений полномочным органом, относятся:

- > степень **децентрализации** службы;
- > степень **интеграции** бюджета охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения.

Децентрализация означает, что службы психического здоровья на местах могут нести разную степень ответственности за объем и исполнение собственных бюджетов. Часто имеют место случаи, когда руководители служб несут большую ответственность за исполнение бюджета, чем за его объем.

Одинаково важным аспектом является степень интеграции бюджета охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения, а также насколько данный бюджет остается отделенным или предназначенным исключительно для психиатрического здравоохранения. В странах, где расходы на охрану психического здоровья остаются минимальными, отделенные бюджеты могут сыграть важную роль при определении приоритетности охраны психического здоровья и послужить толчком к началу осуществления программы по его охране (Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.). Существует и ряд других преимуществ формирования отдельного общего бюджета охраны психического здоровья, в котором статьи расходов не конкретизируются (вне зависимости от того, предназначаются ли средства для конкретных учреждений или для агентств, покупающих услуги у других организаций на основании контрактных обязательств). К таким преимуществам относятся упрощение административных процедур, совершенствование межведомственного процесса принятия решений, выделение бюджетных средств конечным потребителям услуг (результативность и эффективность), а не посредникам, временная стабильность ресурсного обеспечения, поощрение инноваций за счет финансовой гибкости, например стимулирование врачей первичного медико-санитарного звена к сотрудничеству с поставщиками услуг в области психического здоровья, а также оказание помощи и осуществление ухода на уровне первичного звена.

После создания служб охраны психического здоровья и обеспечения их финансирования более интегрированный подход к процессу бюджетирования может принести определенные долгосрочные преимущества. Данный модуль предполагает умеренную степень децентрализации и определенную защиту бюджетов служб охраны психического здоровья (см. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*»).

Таким образом, руководители служб охраны психического здоровья, ответственные за формирование бюджета, должны установить:

- > степень децентрализации бюджетной ответственности на местном уровне;
- > степень интеграции бюджетов охраны психического здоровья в общий бюджет здравоохранения или степень их защищенности, то есть использования только для оказания услуг в области охраны психического здоровья;
- > кто несет основную ответственность за авторизацию средств в рамках всего бюджета охраны психического здоровья на местном уровне;
- > любые ограничения в расходных статьях;
- > перед кем отчитывается руководитель службы охраны психического здоровья за принятие бюджета.



Некоторые страны могут не иметь отдельного бюджета охраны психического здоровья.

Некоторые страны могут не иметь отдельного бюджета охраны психического здоровья. Например, в Танзании полномочия и ответственность за процесс планирования находятся в ведении районных советов, поддержку которым оказывают группы медработников. Специалисты в данных группах могут обладать лишь самыми общими знаниями из области психиатрии. В подобном случае руководители системы здравоохранения должны принять решение о том, каким образом будут финансироваться различные службы охраны психического здоровья. Медицинские сестры общей лечебной сети могут назначать антипсихотики в клиниках первичного звена, финансируемых общесоматическим здравоохранением. В такой ситуации руководители системы здравоохранения должны принять решение относительно того, какие департаменты или лица будут санкционировать выделение средств для финансирования таких услуг. Там, где возможно, без отрыва от производства необходимо провести обучение руководителей системы здравоохранения по вопросам охраны психического здоровья.

Во всех случаях необходимо принять решения по проведению основных дискуссионных встреч и определить цели переговоров по вопросам бюджетирования услуг в области психического здоровья с целью дальнейшего развития системы оказания психической и психиатрической помощи.

Основные положения: Задача 4

- Руководители служб охраны психического здоровья должны определить степень собственной ответственности в области планирования и бюджетирования услуг по охране психического здоровья.
- Для этого необходимо иметь четкое понимание возможностей и ограничений существующего бюджета, включая его интеграцию с общим бюджетом здравоохранения и бюджетами других секторов.
- Там, где возможно, необходимо сделать систему планирования более эффективной с целью наиболее оптимального использования накопленного опыта и имеющихся навыков.
- Необходимо определить другие заинтересованные стороны, которые будут наделены правом принятия решений по формированию бюджета психического здоровья.
- Необходимо принять решения по проведению основных дискуссионных встреч и определить цели переговоров по вопросам бюджетирования услуг в области психического здоровья с целью дальнейшего развития системы оказания психической и психиатрической помощи.

Задача 4. Пример: Определение лиц, ответственных за процесс планирования и бюджетирование услуг в области психического здоровья

Миссис Х является координатором по вопросам психического здоровья в провинции Y в одной из развивающихся стран. Ежеквартально она проводит заседания бюджетного комитета, на которых присутствуют бухгалтер из Департамента здравоохранения провинции Y, руководитель службы здравоохранения, ответственный за первичную медико-санитарную помощь и главврач местной психиатрической больницы. Правительство страны ежегодно выделяет бюджет на развитие общей лечебной сети провинции, из которого службы охраны психического здоровья получают 0,8%. Некоторые функции служб охраны психического здоровья, например контроль за приемом лекарственных средств пациентами с хроническими состояниями, выполняют работники первичного медицинского звена, и финансирование таких функций осуществляется из общего бюджета первичной медико-санитарной службы. Средства на охрану психического здоровья на общегосударственном уровне выделяются через финансовые подразделения департаментов здравоохранения провинции. Процесс бюджетирования осуществляется от достигнутого на основе пересмотра бюджета за предыдущий год. Руководители служб охраны психического здоровья на местах пользуются определенной степенью автономии при принятии решений о распределении выделенных средств и отчитываются перед бухгалтерским отделом областного Департамента здравоохранения за их использование.

Данная информация полезна для Миссис Х, так как (1) это помогает ей сформулировать главные вопросы для дискуссии по бюджету психического здоровья; (2) в процессе последующего планирования и постановки целей она будет знакома с возможными ограничениями в расходных статьях и сможет поставить более реалистичные цели; (3) ей известно, что у нее есть определенная степень автономии при распределении средств и что, следовательно, существуют потенциальные возможности для развития или реформирования отдельных секторов службы охраны психического здоровья.



Задача 5. Оценка ресурсного обеспечения услуг в системе общей лечебной сети

Следующая задача заключается в проведении оценки услуг и ресурсного обеспечения в системе общей лечебной сети.

Цель данной оценки должна быть очень определенной: **сколько коек, медперсонала, обслуживающих учреждений и лекарственных средств имеется в наличии в настоящее время?** При проведении анализа существующих услуг предпочтительно пользоваться сервисными показателями, позволяющими суммировать информацию о наличии услуг (Рисунок 3). Например, количество психиатрических коек должно быть суммировано и сгруппировано по типам лечебных учреждений, например острая психиатрия или дома инвалидов. Глоссарий данного модуля содержит список сервисных показателей и формулы для их расчетов.

Оценка должна включать услуги, относящиеся к сфере охраны психического здоровья, оказываемые на первичном, вторичном и специализированном уровнях. Она должна также охватывать, там, где возможно, интегрированные службы первичного звена, например психиатрические службы (персонал, помещения и лекарственные средства), доступные на данный момент в рамках первичного звена, даже если они измерены как часть рабочего времени персонала общесооматических служб. Если основной задачей планирования является укрепление здоровья или профилактика расстройств, при проведении оценки необходимо учитывать услуги, которые уже оказываются в данных областях.

Подобную информацию можно получить в результате планового сбора данных при условии наличия соответствующих информационных систем. Если данную информацию невозможно получить путем планового сбора, то необходимо провести специальное исследование по сбору данных о наличии больничных коек, персонала, лекарственных средств и помещений.

Если такие службы не существуют, желательно собрать информацию о минимальном наборе услуг, с тем чтобы провести оценку текущей ситуации.

Какое количество коек, персонала, помещений и лекарственных средств имеется в наличии в настоящее время?

Глоссарий содержит список сервисных показателей и формулы для их расчетов.

Рисунок 3. Оценка текущего ресурсного обеспечения услуг





Основные положения: Задача 5

- Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо провести оценку существующих услуг и ресурсного обеспечения в системе общей лечебной сети.
- Для проведения оценки потребуется использование сервисных показателей, позволяющих суммировать информацию о текущем состоянии ресурсного обеспечения услуг.
- Оценка должна охватывать все аспекты, относящиеся к оказанию услуг в области психического здоровья в системе общественного здравоохранения, включая специализированные услуги и услуги, оказываемые лечебными учреждениями общего профиля.

Задача 5. Пример: Оценка текущего ресурсного обеспечения услуг по охране психического здоровья в секторе общественного здравоохранения

Рекомендуется провести исследование рынка услуг в области психического здоровья, оказываемых на местном уровне. Даже относительно простая информация может оказаться крайне полезной. Местные источники информации могут быть использованы для сбора данных о количестве коек (для острой и долгосрочной стационарной терапии), персонале (его профессиональном уровне и занятости в стационарном или внебольничном секторе) и населении обслуживаемого района. Это позволит составить общую картину имеющихся ресурсов в системе охраны психического здоровья на местном уровне. На основании полученной информации, используя формулы, представленные в Глоссарии, можно рассчитать следующие показатели ресурсного обеспечения:

- > соотношение коечный фонд/население;
- > соотношение персонал/население (в пересчете на полную занятость);
- > соотношение персонал/коечный фонд;
- > соотношение персонал/число обращений в день;
- > соотношение службы охраны психического здоровья на местах/стационарные службы (персонал).

В Таблице 3 приводится пример проведения оценки работы служб охраны психического здоровья в Южной Африке (Flisher et al., 1998).

Таблица 3. Пример: Показатели ресурсного обеспечения услуг в области охраны психического здоровья в Южной Африке

Показатель	Средний по стране (разброс по провинции)
Соотношение коечный фонд/население на 100 000 человек	Неотложная помощь: 13 (6–18) Среднесрочное – долгосрочное пребывание: 35 (0–83)
Соотношение персонал/население на 100 000 человек (только клинический медперсонал)	Общее кол-во сестер: 15,6 (4,4–28,4) Общее кол-во медперсонала: 19,5 (11,3–31,5)
Соотношение персонал/коечный фонд (только клинический медперсонал)	Общее кол-во сестер: 0,25 (0,17–0,69) Общее кол-во медперсонала: 0,41 (0,3–1,15)
Соотношение персонал/число обращений в день (только клинический медперсонал)	Общее кол-во сестер: 0,4 (0,1–2,4) Общее кол-во медперсонала: 0,6 (0,1–4,0)
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/стационарные службы (персонал)	13% (2–52%)



Задача 6. Оценка ресурсного обеспечения служб охраны психического здоровья в других секторах

Следующая задача заключается в проведении оценки услуг, оказываемых различными организациями и агентствами, не входящими в систему общественного здравоохранения (религиозными организациями, школами, международными гуманитарными агентствами, государственными социальными службами, частными коммерческими структурами).

Цель данного этапа состоит в определении возможностей, которые имеются в других секторах для удовлетворения нужд потребителей услуг в области психического здоровья, и насколько данные услуги необходимо продолжать оказывать или даже расширить сферу их применения. Руководителю службы охраны психического здоровья необходимо связаться со всеми агентствами, оказывающими услуги в области охраны психического здоровья, и организовать встречи для оценки оказываемых ими услуг с целью координации и регулирования системы оказания медико-социальной помощи на местном уровне. На данном этапе следует также изучить, насколько немедицинские службы готовы взять на себя определенное бремя в области направления пациентов, оказания поддержки лицам, страдающим психическими расстройствами, или ведения случаев заболевания.

Странам придется разработать конкретные критерии приемлемости услуг в области охраны психического здоровья. К ним относятся способность организации оказывать подобного рода услуги, стабильность оказания услуг на протяжении определенного периода времени, финансовая устойчивость и желание сотрудничать с другими поставщиками услуг. Аккредитация таких организаций является очень важным аспектом (см. модуль «Повышение качества охраны психического здоровья»). Выводы, сделанные на основе такой оценки, могут привести к улучшению работы существующих служб, совершенствованию координации и взаимодействия между ними, что является более предпочтительным, чем создание новых служб, которые будут дублировать функции друг друга или конфликтовать с программой негосударственного сектора.

Ряд исследований подтвердили важность взаимодействия с представителями неофициального сектора, который способен оказать значительную поддержку официальной системе охраны психического здоровья. На Ямайке, например, процесс деинституционализации позволил членам семей и родственникам взять на себя ответственность по социальной поддержке и наблюдению по месту жительства (Hickling, 1994). В Нигерии исследование 226 пациентов в стационаре длительного пребывания показало, что прекращение посещений членами семей и родственниками приводит к увеличению срока пребывания пациентов в стационаре (Jegede, Williams & Sijuwola, 1985). В Гвинее-Бисау в процессе разработки интегрированной и всеобъемлющей программы по охране психического здоровья в системе общей лечебной сети с 1983 по 1994 год 850 медработников первичного звена оказали большую часть услуг, при этом во время формирования системы услуг осуществлялось сотрудничество с местными целителями (De Jong, 1996). В Камбодже были предприняты усилия по организации взаимодействия между программой внебольничной психиатрической помощи и народными целителями (Somasundaran et al., 1999).

Какие услуги в области охраны психического здоровья оказываются населению в других секторах?

Выводы, сделанные на основе такой оценки, могут привести к улучшению работы существующих служб, совершенствованию координации и взаимодействия между ними, что является более предпочтительным, чем создание новых служб, которые будут дублировать функции друг друга или конфликтовать с программой негосударственного сектора.

Сотрудничество с другими секторами, например народными врачами, религиозными организациями и членами семей больных, должно быть организовано в тех случаях, когда это возможно.

Основные положения: Задача 6

- Руководители служб здравоохранения должны провести оценку существующих услуг и ресурсного обеспечения в других секторах, включая неправительственные организации и частных коммерческих поставщиков услуг.
- Для суммирования данных о наличии ресурсов в негосударственных секторах потребуется применение сервисных показателей.
- В ходе проведения оценки потребуются консультации с поставщиками услуг в других секторах.
- Необходимо разработать критерии приемлемости услуг в области охраны психического здоровья, оказываемых поставщиками, не относящимися к сектору здравоохранения, включая финансовую устойчивость и качество услуг.



Задача 6. Пример: Роль местной неправительственной организации в оказании услуг по охране психического здоровья

Службы охраны психического здоровья могут получить информацию о том, что неправительственная организация, имеющая зарубежный источник финансирования, оказывает помощь людям, пострадавшим от психотравм в результате насилия или пыток. В подобном случае специалисты по планированию услуг в области психического здоровья должны встретиться с представителями неправительственной организации для оценки ее потенциала, включая обеспечение кадровыми и материальными ресурсами, исходя из гипотетической численности населения района обслуживания в 100 000 человек.

Мероприятия по укреплению психического здоровья и его пропаганде могут проводиться в школах, например на уроках социальной адаптации и обучения навыкам здорового образа жизни. С учителями и специалистами по планированию, отвечающими за данные учебные программы, необходимо наладить взаимодействие с целью выявления областей, представляющих взаимный интерес для дальнейшего сотрудничества.

Задача 7. Проведение оценки использования существующих услуг во всех секторах

Следующая задача состоит в оценке того, насколько используются предоставляемые услуги как в государственном секторе, так и за его пределами. Это является важной мерой по определению **спроса** на услуги в области охраны психического здоровья на местном уровне, позволяющей установить потребности населения в услугах по охране психического здоровья, обычно выраженных таким показателем как использование услуг.

На местном уровне можно провести исследование для выявления степени использования существующих услуг (Рисунок 4), целью которого является получение простых данных и определение легкости их сбора. Сбор этой информации можно осуществлять параллельно с оценкой услуг, оказываемых в общей лечебной сети (Задача 5) и других секторах (Задача 6).

Показатели, определяющие степень использования существующих услуг, включают:

- > количество госпитализаций;
- > среднюю занятость койки;
- > среднюю продолжительность пребывания в стационаре или средняя продолжительность госпитализации;
- > амбулаторную обращаемость (число обращений в год и среднее число обращений в день);
- > кол-во зарегистрированных пациентов или потребителей услуг;
- > заполняемость дневных стационаров;
- > количество человек, участвующих в программах по профилактике психических расстройств или укреплению психического здоровья.

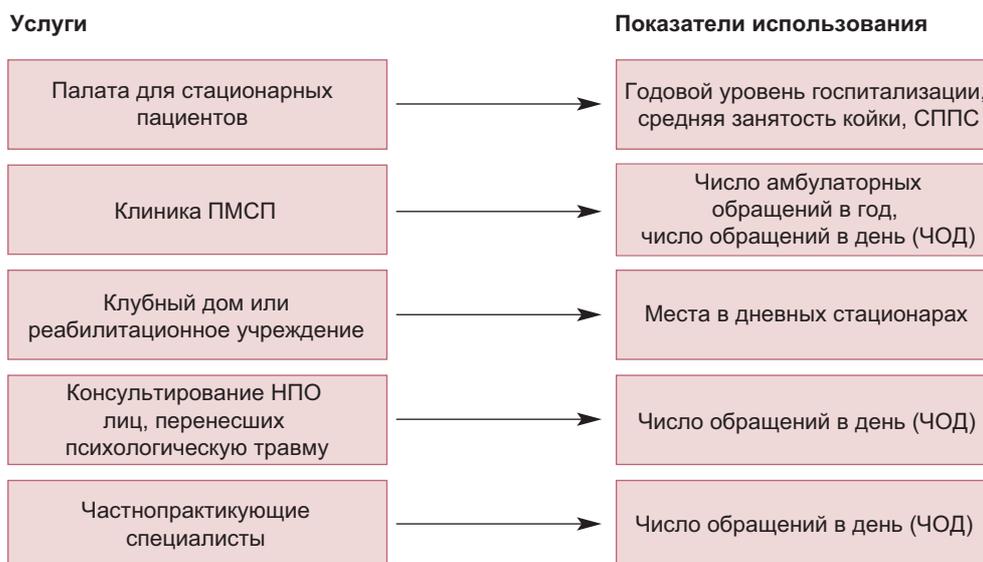
Если имеются более совершенные информационные системы, то к собранной информации можно добавить данные о количестве случаев расстройств и пролеченных пациентах (Thornicroft & Tansella, 1999). См. Приложение 1, содержащее более детальную информацию о показателях использования услуг и факторах, влияющих на интенсификацию их использования.

Оценка доступности услуг является ключевым показателем. Например, низкий показатель использования услуг в некоторых районах может означать наличие проблем с доступностью (как финансовой, так и географической) или свидетельствовать о неадекватном оказании услуг.

Какова потребность в услугах в области охраны психического здоровья на местном уровне?



Рисунок 4. Оценка использования существующих услуг



Основные положения: Задача 7

- Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо провести оценку услуг, оказываемых всеми службами психического здоровья на местном уровне.
- Для суммирования информации о текущем уровне использования услуг потребуются сервисные показатели.
- Для проведения оценки потребуются консультации и сотрудничество с поставщиками услуг из других секторов.
- Необходимо провести оценку доступности существующих услуг.



Задача 7. Пример: Оценка использования существующих услуг

В Таблице 4 приводится пример проведения оценки услуг в области охраны психического здоровья в Южной Африке (Flisher et al., 1998). Определения и формулы для расчетов данных показателей приводятся в Глоссарии.

Таблица 4. Пример: Показатели использования существующих услуг в области психического здоровья в общей лечебной сети в Южной Африке

Показатель	Средняя величина по стране (нижний и верхний уровни в провинции)
Кол-во госпитализаций в год на 100 000 человек	150 (33–300)
Средняя занятость койки*	83% (63–109%)
Средняя продолжительность госпитализации (кол-во дней) (или средняя продолжительность пребывания в стационаре)	Психиатрические больницы: 219 (60–3650) Областные больницы общего профиля: 11 (1,5–28) Районные больницы общего профиля: 7 (1,5–14)
Амбулаторная обращаемость на 100 000 человек	3427 (1215–5490)
Число обращений в день на 100 000 человек	13 (5–21)
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные услуги (использование услуг)	66% (44–93%)

* Включая стационары для неотложной помощи и стационары длительного пребывания.

В дополнение к этому специалистам по планированию и руководителям служб охраны психического здоровья надлежит встретиться с представителями неправительственных организаций, оказывающих помощь лицам, перенесшим психотравмы, для выявления количества человек, получающих такую помощь и обсуждения взаимодействия в процессе оказания услуг. По возможности, встречи с поставщиками частных коммерческих услуг должны быть также организованы для оценки интенсивности их использования на местном уровне.

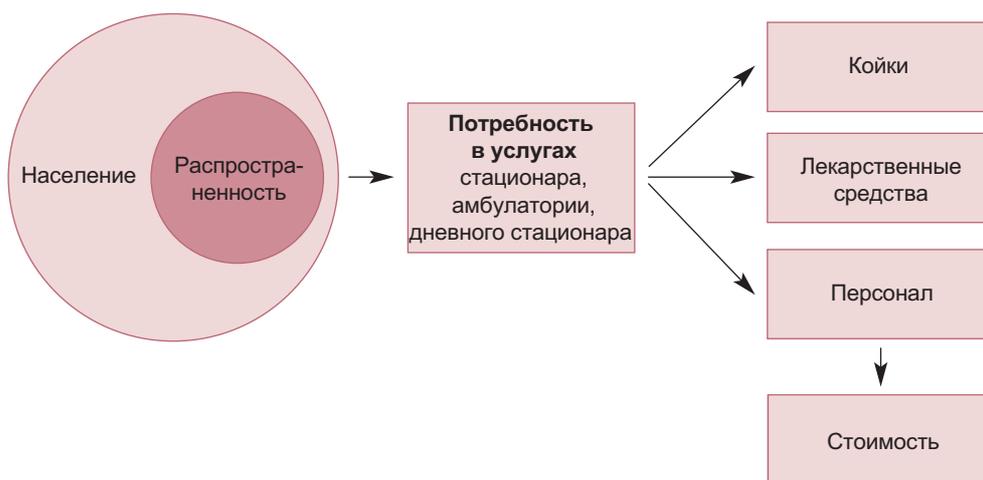
Этап В. Оценка потребностей



Следующий этап состоит в определении потребностей населения в услугах по охране психического здоровья на местном уровне. Это можно сделать путем выявления категории (или группы) населения, нуждающейся в помощи и проведения (на основе имеющейся информации) оценки услуг и ресурсов, которые потребуются для удовлетворения спроса. Рисунок 5 наглядно иллюстрирует Этап В, на котором данные по распространенности психических расстройств на местном уровне используются (Задачи 1–3) для расчетов потребности в ресурсном обеспечении для оказания услуг в области охраны психического здоровья (Задача 4) и их стоимости (Задача 5).

Цель данного этапа состоит в определении потребности населения на местном уровне в услугах по охране психического здоровья.

Рисунок 5. Оценка потребностей: расчет потребностей в ресурсном обеспечении на основе данных о распространенности психических расстройств

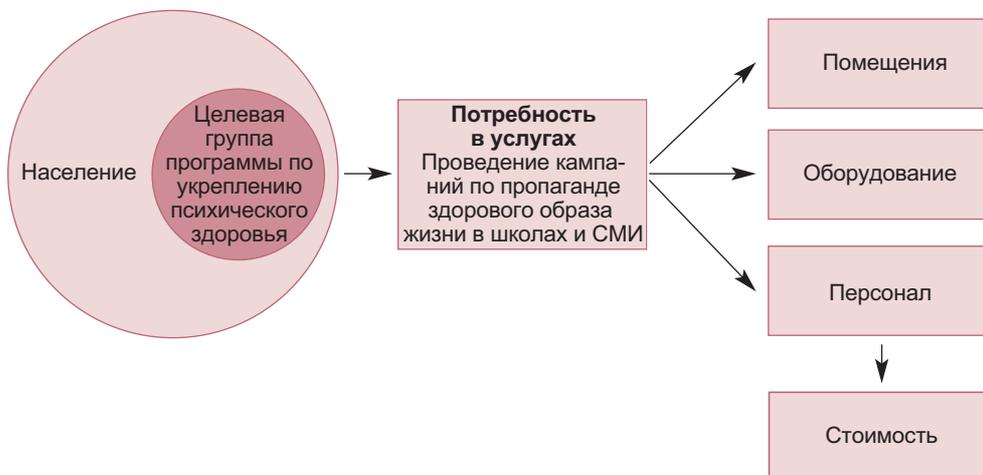


В качестве альтернативного сценария специалисты по планированию могут провести анализ потребностей в области проведения кампаний по пропаганде охраны психического здоровья или профилактике психических расстройств. Та же методология может быть использована в отношении категории населения, являющейся целевой группой данной программы. См. схему на Рисунке 6.

Анализ потребностей можно также проводить для программ по пропаганде и укреплению психического здоровья.



Рисунок 6. Оценка потребностей: расчет стоимости проведения кампаний по пропаганде и укреплению психического здоровья на основе потребностей в ресурсном обеспечении



Почему необходима оценка потребностей?

Цель проведения оценки состоит в определении потребностей в услугах населению (персонал, больничные койки и лекарственные средства, необходимые для оказания медико-социальной помощи для контингента населения, страдающего психическими расстройствами). В системе оказания услуг в области психического здоровья соотношение спроса и предложения (Этап А) часто оказывается недостаточным для удовлетворения потребностей населения, так как многие потребности в психической и психиатрической помощи не афишируются. Например, многие люди, страдающие депрессивным синдромом, не считают себя больными или не обращаются за помощью к психиатрам (Goldberg & Gater, 1996). Они часто опасаются обращаться в психиатрические учреждения по причине возможной стигматизации: они могут обращаться в учреждения общей лечебной сети с жалобами на соматические проблемы или проявлять признаки рискованного или антисоциального поведения. Все это приводит к серьезным социальным и финансовым последствиям. Для того чтобы охватить все население услугами в области психического здоровья, процесс планирования должен осуществляться в соответствии с потребностями и спросом, определение которого происходит на Этапе А.

Определение приоритетных направлений в лечении психических состояний

Для того чтобы определить, какие состояния требуют вмешательства, изначально необходимо определить приоритетные направления. Они могут быть откорректированы позже в свете обслуживания и бюджетных реалий, однако определенные приоритеты в области оказания услуг следует установить на начальном этапе с целью создания эпидемиологического профиля (см. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья»).

На данном этапе специалистам по планированию важно начать открытые дискуссии о принципах и приоритетах службы психического здоровья на местном или общегосударственном уровне. Вкратце вопрос формулируется следующим образом: кому больше всего нужны услуги в области охраны психического здоровья?

Для определения приоритетных направлений в области оказания услуг используются различные подходы.

- > В одних странах приоритет отдан группе наиболее инвалидизированных пациентов, к которым относятся лица с тяжелыми психическими заболеваниями (Thornicroft & Tansella, 1999), тяжелыми и продолжительными заболеваниями (Шотландское представительство, 1997 г.) или тяжелыми психическими состояниями (Lund et al., 1998).
- > В других странах приоритетным направлением является оказание услуг по охране психического здоровья в системе общей лечебной сети, например лечение депрессивных состояний у подростков с целью снижения рискованного поведения и предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа (Fisher et al., 2000).

Оценка потребностей необходима, так как многие потребности в психической и психиатрической помощи не афишируются и не выявляются на основании анализа текущих потребностей услуг (определяется на Этапе А).

Какие психические состояния требуют вмешательства специальных служб и кто будет исключен из процесса оказания помощи?



- > Третья группа стран считает, что профилактика психических расстройств и укрепление психического здоровья являются наиболее важными задачами (Всемирная организация здравоохранения, 2000b). Мероприятия по профилактике можно планировать путем проведения универсального вмешательства, то есть охвата всего населения, выборочного вмешательства, то есть охвата лиц в группе риска или направленного вмешательства, то есть охвата лиц с высокой степенью риска или ранними признаками психического расстройства (Thornicroft & Tansella, 1999).
- > Другой подход заключается в охвате конкретных сегментов населения, например женщин, детей или престарелых, вместо концентрации усилий на проведении вмешательств по диагностическим принципам (Green, 1999).

Специалисты по планированию не должны молчаливо соглашаться или избегать потенциальных разногласий из опасений конфликта или пустой траты времени. Политические аспекты являются неотъемлемой частью процесса планирования. Разногласия, не разрешенные на ранней фазе этапа планирования, неизбежно возникают на более поздней стадии, когда разница в ценностных приоритетах становится заметной в процессе оказания услуг. На решения о приоритетности оказания услуг часто влияют ограниченность местных ресурсов и необходимость учета баланса интересов всех заинтересованных сторон, участвующих в охране психического здоровья (Hansson et al., 1998). Определенная информация по этим аспектам может появиться в процессе анализа ситуации (Этап А). Приоритеты в области оказания услуг могут быть уже заложены в рамках политики государства (см. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья»).

Хотя расстановка приоритетов является неотъемлемой начальной фазой оценки потребностей, данный процесс не стоит рассматривать в качестве отдельного или независимого. На него неизбежно влияет ценностная ориентация заинтересованных сторон. Оценка потребностей должна проводиться группой по планированию с участием самых различных сторон, включая лиц с психическими расстройствами. Возможно, что у заинтересованных сторон будет разное понимание в определении приоритетов. Одна из задач, стоящих перед специалистами по планированию, заключается в разрешении споров, вызванных различными точками зрения.

На более поздних стадиях цикла планирования приоритетные направления могут подлежать корректировке в зависимости от новых эпидемиологических данных и бюджетного обеспечения. В этом смысле цикл планирования является повторяющимся, то есть поставленные цели могут быть заново пересмотрены, а приоритеты подлежать корректировке в зависимости от информации, полученной на более поздней стадии цикла планирования. Например, эпидемиологические данные могут выявить более значительную потребность в лечении психозов по сравнению со средствами текущего бюджета, и это может потребовать корректировки приоритетов.

Пример: Определение приоритетных направлений

Если в рамках оказания услуг имеются возможности для лечения исключительно тяжелых психических заболеваний, другие состояния необходимо исключить и дать определения того, какие состояния являются тяжелыми. В Танзании, например, после оценки услуг в области охраны психического здоровья в 1980 г. (с использованием компетентных специалистов и медсестер отдельных больных) было принято решение по определению наиболее важных целевых состояний у местного населения и обучению работников первичного звена по их выявлению и ведению (Kilonzo & Simmons, 1998). К данным состояниям относились:

- > тяжелый и хронический психоз;
- > злоупотребление наркотическими средствами и алкоголем;
- > депрессия;
- > эпилепсия.

После проведения трехгодичной пилотной программы в трех регионах прогнозируемое количество людей, нуждающихся в помощи, получило доступ к необходимым услугам, программа окупилась затраты и привела к значительному снижению случаев госпитализации в районные психиатрические учреждения в результате эффективного ведения целевых пациентов во внебольничных условиях.

Расстановка приоритетов может потребовать проведения трудных политических переговоров для учета баланса интересов всех заинтересованных сторон, участвующих в охране психического здоровья.

Оценка потребностей не является независимым процессом. Она отражает ценностную ориентацию тех лиц, которые занимаются ее проведением.

Цикл планирования является повторяющимся, то есть приоритеты, установленные на данном этапе, могут подвергаться корректировке в зависимости от вновь полученных данных.



Цель данного этапа заключается в том, чтобы установить, сколько человек в среднем нуждаются в медико-социальной помощи в течение года.

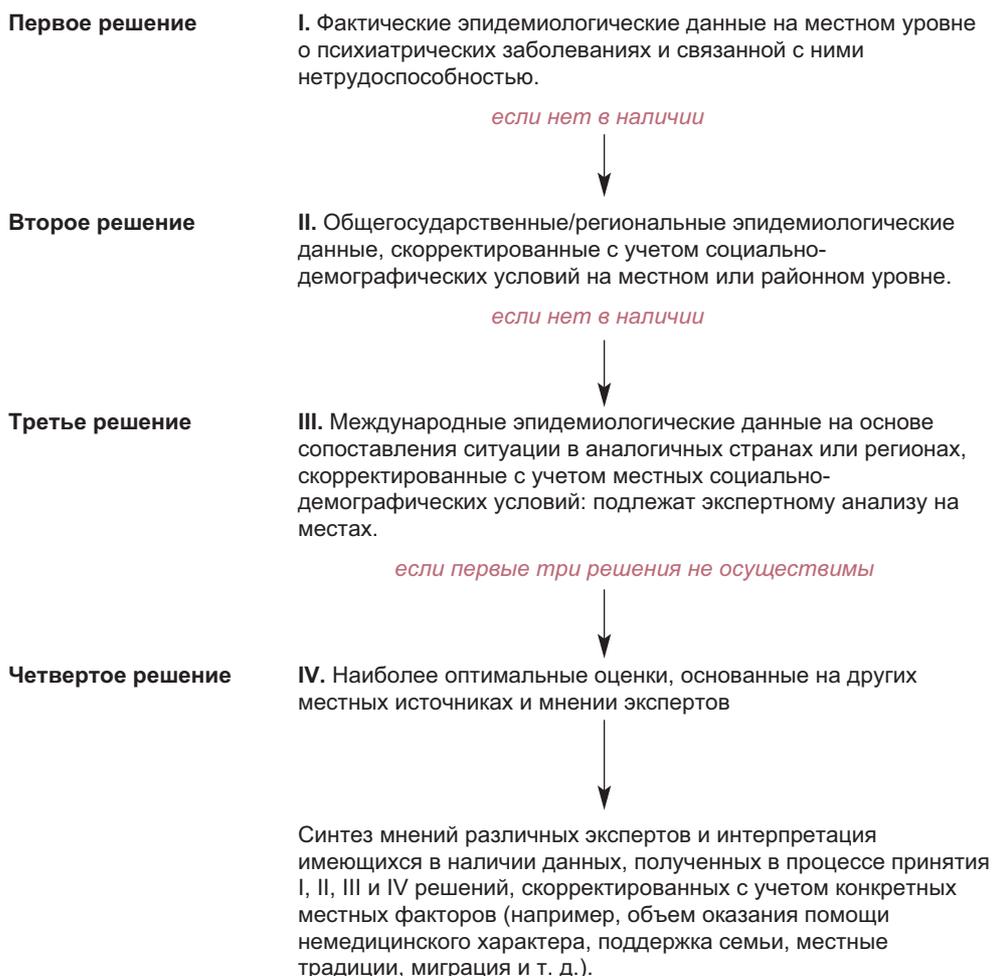
Примечание: Описанная ситуация является всего лишь примером, который ни в коем случае не служит рекомендацией ВОЗ по выбору тяжелых психических заболеваний в качестве приоритетного направления. Альтернативным примером может стать проведение просветительских мероприятий по укреплению психического здоровья в школах, клиниках и тюрьмах.

Задача 1. Расчет распространенности и частоты приоритетных состояний

Распространенностью называется количество больных с данным состоянием в данной популяции на определенный момент времени (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Следовательно, годовой распространенностью называется количество больных с данным состоянием в данной популяции в течение года. Данный показатель необходим для выявления потребностей в услугах по охране психического здоровья в течение определенного года. Для менее тяжелых состояний заболеваемость может оказаться более точным показателем, позволяющим прогнозировать ожидаемое количество новых случаев в год.

Для расчета распространенности состояний у целевой популяции предпочтительно использовать данные о годовой распространенности, имеющиеся на местном уровне. Поскольку такие данные не всегда имеются в наличии, для получения наиболее полной информации необходимо задействовать другие источники. В Таблице 5 приводится процесс принятия решений о выборе наиболее оптимальных источников эпидемиологических данных, необходимых для оценки потребностей в медико-социальной помощи.

Таблица 5. Принятие решений о выборе наиболее оптимального источника эпидемиологических данных



Источник: адаптировано из Thornicroft & Tansella, 1999.



Пример Решения 3 приводится ниже. В Приложении 2 описывается опыт Чили, где была использована комбинация Решения 2 и Решения 4 (с учетом мнений местных экспертов и заинтересованных сторон).

Ниже приводятся названия эпидемиологических исследований и скринингов инвалидизации, которые могут быть использованы в качестве источника информации.

- > Национальный обзор коморбидных состояний в США (Kessler et al., 1994)
- > Обзор психического здоровья в мире, 2000 г. (Kessler, 1999)
- > WHODAS II (Уровень оценки инвалидизации ВОЗ) (www.who.int/icidh/whodas)
- > Эпидемиологическое исследование в Пуэрто-Рико (Canino et al., 1997)
- > Национальный обзор психиатрических заболеваний в Австралии (Henderson, Andrews & Hall, 2000)
- > Австралийский национальный обзор психического здоровья и психического благополучия лиц, страдающих от расстройств, вызванных употреблением алкоголя (Teesson et al., 2000)
- > Распространенность психических расстройств по классификации МКБ-10 в одном из медицинских участков Сан-Паулу, Бразилия (Andrade et al., 2002)
- > Детский и подростковый компонент Австралийского национального обзора психического здоровья и психического благополучия (Sawyer et al., 2000)
- > Данные национального обзора психических состояний, приведших к детской инвалидизации в США (на основе опроса) (Halfon & Newacheck, 1999)
- > Распространенность дезорганизованных расстройств поведения среди детей в возрасте 10 лет в Валенсии, Испания (Andres, Catala & Gomez-Beneyto, 1999)
- > Обзор потребностей в услугах в Камбервелле, при проведении которого данные по годовой распространенности в соответствии с классификацией МКБ-10 легли в основу оценки потребности услуг (Bebbington, Marsden & Brewin, 1997)
- > Исследование МЕСА распространенности детских психиатрических расстройств в США (Shaffer et al., 1996)
- > Исследование психических расстройств, проведенное ВОЗ, в системе первичного медицинского звена в 15 центрах мира (Üstün & Sartorius, 1995)
- > Обзорная программа ВОЗ о состоянии здоровья населения, содержащая информацию для оказания помощи странам в области мониторинга тенденций в сфере охраны здоровья и осуществления планирования ([http://www.who.int/health-systems-performance/current work/cw surveyprog.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/current%20work/cw_surveyprog.htm))



Задача 1. Пример: Расчет распространенности состояний, относящихся к приоритетным направлениям

В Таблице 6 приводится пример адаптации данных Национального обзора коморбидных состояний (Kessler et al., 1994) для оценки количества случаев тяжелых психических заболеваний на 100 000 человек взрослого населения (пример Решения 3 из Таблицы 6). Определение тяжелых случаев может быть выработано на основании того, какой процент данных состояний (например, депрессий и тревожных расстройств) служба охраны психического здоровья может реалистично охватить в соответствии с установленными приоритетными направлениями, например 20% острых депрессий и 5% тревожных расстройств. Следующая формула может быть использована для расчета среднего количества тяжелых случаев для каждого состояния в течение года:

Число тяжелых случаев = годовая распространенность болезней (%) × численность населения × ожидаемый процент тяжелых случаев

Таблица 6. Пример: Ожидаемые тяжелые психиатрические состояния у взрослого населения на 100 000 человек

Расстройства	Годовая распространенность (%)	Численность населения	Общее число ожидаемых случаев	Процент ожидаемых тяжелых случаев ⁴ (%)	Ожидаемое число тяжелых случаев
Неаффективный психоз ⁵	0,5	100 000	500	100	500
Биполярное аффективное расстройство ⁶	1,3	100 000	1 300	100	1 300
Большая депрессия ⁷	10,3	100 000	10 300	20	2 060
Тревожное расстройство ⁸	17,2	100 000	17 200	5	860
Всего	29,3	100 000	29 300	16	4 720

Используя данный метод, мы получаем 4720 тяжелых случаев, приблизительно **4,7%** взрослого населения. Необходимо подчеркнуть, что данный показатель не является глобальной распространенностью заболеваний, а всего лишь служит примером использования конкретного набора данных

⁴ Хотя не все случаи неаффективного психоза и биполярного аффективного расстройства формально являются тяжелыми, в случае обнаружения нарушения функционирования они считаются достаточно тяжелыми и требуют вмешательства службы психического здоровья.

⁵ К неаффективным психозам относятся шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство и атипичный психоз.

⁶ Представленная цифра указывает на распространенность маниакального эпизода.

⁷ Представленная цифра указывает на распространенность большого депрессивного эпизода.

⁸ Включая паническое расстройство, агорафобию без панического расстройства, социальную фобию, простую фобию и генерализованное тревожное расстройство.



Оценка потребностей не должна ограничиваться степенью тяжести психиатрических расстройств. Другие показатели, особенно инвалидизация, являются важными параметрами, определяющими потребности в услугах.

По-возможности, приоритетные направления предоставления услуг не следует ограничивать простой диагностической классификацией (в основном психозами и большой депрессией) (Rosen, 1999). Можно использовать другие показатели тяжести, такие как степень, продолжительность, дистресс, инвалидность, дезорганизация, опасность, социальная изоляция и сниженная социальная поддержка.

И действительно, в силу ограниченных диагностических навыков в развивающихся странах (особенно в системе первичного медицинского звена) и недостатка в исследовательских методологиях (Parrу, 1996) для определения приоритетных направлений оценка тяжести и уровня функционирования может оказаться более важной, чем нозологическая диагностика. В Глобальном исследовании бремени болезней приводится индекс, отражающий годы жизни, утраченные в результате инвалидности (DALY) (Murray & Lopez, 1996). DALY можно определить как общее количество лет жизни, потерянных вследствие ранней смертности, плюс годы жизни, прожитые в состоянии инвалидности, с поправкой на тяжесть заболевания. Недавно ВОЗ разработала индикатор WHODAS II (Уровень оценки инвалидизации ВОЗ), который открывает возможность для оценки уровня инвалидизации в амбулаторных условиях вследствие возникшего заболевания. Данные Обзора состояния психического здоровья в мире в 2000 г. делают возможным постановку диагноза на уровне функционирования (например, на уровне инвалидизации) с целью проведения более конкретной оценки потребностей в услугах.

Важно также отметить, что распространенность может значительно варьироваться по районам. В дополнение к общегосударственным данным оценка потребностей на местах может стать полезной информацией, даже если не имеется формализованных данных по диагностике. Это, прежде всего, необходимо для создания территориальных служб охраны психического здоровья, которые будут оказывать услуги в соответствии со сложившимися культуральными традициями (Evaneshko, 1999). Например, оценка потребностей в услугах по охране психического здоровья среди американских индейцев северной Аризоны, не проживающих в резервациях, выявила высокий уровень депрессии, алкоголизма и токсикомании, суицидальности и физического насилия одновременно с низким уровнем использования услуг (Chester, Mahalish & Davis, 1999).

Кроме этого, к интерпретации эпидемиологических данных по распространенности в качестве индикатора потребности в услугах по охране психического здоровья следует подходить с осторожностью. При проведении анализа эпидемиологических данных на одном из медицинских участков Балтимора (Regier et al., 1984) было обнаружено, что 84% лиц с психическими расстройствами не обращались за амбулаторной помощью в течение шестимесячного периода. Во время недавнего обзора состояния психического здоровья и психического благополучия в Австралии около 60% лиц, подпадающих под критерии больных по классификации МКБ-10, не была оказана профессиональная помощь ни врачами общей практики, ни специалистами службы охраны психического здоровья (Andrews, 2000). Во многих случаях существует лишь очень слабая зависимость между диагностируемыми состояниями и спросом на услуги. Спрос может быть очень низким вследствие того, что нужных услуг не существует или они географически недоступны, или очень низкого качества, или являются слишком дорогими. Стигматизация может быть еще одной причиной нежелания обращаться в службы психического здоровья. Психические расстройства могут быть не выявлены во время приема у врача общей практики. Более того, некоторые лица, соответствующие критериям наличия психиатрического расстройства, могут не испытывать серьезных проблем с трудоспособностью, чтобы обращаться за помощью в службы психического здоровья (Andrews, 2000). Возникает также вопрос коморбидности, который не учитывается при определении уровня распространенности конкретных расстройств.

Дополнительные исследования необходимы для выявления неудовлетворенных потребностей (Andrews & Henderson, 2000) и разработки критериев выделения ресурсов на охрану психического здоровья в условиях недостаточного обеспечения. См. Приложение 1, в котором обсуждаются более сложные вопросы, относящиеся к интерпретации эпидемиологических данных, включая коморбидность.

Для укрепления и пропаганды психического здоровья можно использовать любые показатели: распространенность психиатрических расстройств, заболеваемость, уровень функционирования, индекс DALY или оценку потребностей. Вне зависимости от выбранного показателя цель данного этапа состоит в определении потребностей в услугах по охране психического здоровья и дальнейшей корректировке данных на местном уровне в соответствии с переменными, относящимися к структуре населения, как описывается в Задаче 2.

Данные по распространенности могут привести к завышенной оценке потребностей и могут быть откорректированы на более поздних этапах цикла планирования.

Дополнительные исследования необходимы для выявления неудовлетворенных потребностей и разработки критериев выделения ресурсов на охрану психического здоровья в условиях недостаточного обеспечения.



Основные положения: Задача 1

- Необходимо определить приоритетные направления в отношении состояний требующих вмешательства службы охраны психического здоровья с целью проведения оценки потребностей.
- Эпидемиологические данные могут быть использованы в качестве дополнительной информации для оценки потребностей. В данном модуле показатель годовой распространенности используется в качестве примера для определения требований к услугам, оказываемым лицам с тяжелыми психическими расстройствами на местном уровне в течение данного года.
- Данные по распространенности могут привести к завышенной оценке потребностей. Следовательно, их необходимо интерпретировать с осторожностью и дополнять информацией о потребностях служб на местах, данными по инвалидизации и информацией о количестве тяжелых состояний.

Задача 2. Корректировка данных в соответствии с параметрами местного населения

Следующая задача заключается в корректировке данных по распространенности, полученных на этапе выполнения Задачи 1, с данными, соответствующими результатам переписи населения, которые могут содержать информацию о распределении населения по полу и возрасту, семейному положению, уровню занятости, социальным конфликтам/травматизму, статусу этнических меньшинств и соотношению активного и пассивного населения (% населения в возрасте до 15 и старше 65 лет в соотношении с населением в возрасте от 15 до 64 лет) (Thornicroft, De Salvia & Tansella, 1993). Каждая из этих переменных может оказать влияние на ожидаемую распространенность и количество тяжелых состояний.

В большинстве стран большая часть подобных данных отсутствует. Страны или местные службы должны воспользоваться в полной степени теми данными, которые имеются в наличии, и особенно данными, которые наиболее важны для выполнения конкретных приоритетных задач.

Отдельные демографические факторы могут влиять на возросший спрос на услуги по охране психического здоровья, высокую распространенность и отрицательный исход лечения. См. Приложение 1, в котором приводятся факторы, выявленные в результате проведения недавнего исследования.

Данные по распространенности, полученные на этапе выполнения Задачи 1, должны быть откорректированы в соответствии с переменными, относящимися к структуре населения.



Основные положения: Задача 2

– Данные по распространенности должны быть откорректированы в соответствии с переменными, относящимися к структуре населения на местном уровне, такими как распределение по возрасту, полу и социальному положению.

Задача 2. Пример: Корректировка данных по распространенности в соответствии с местными реалиями

Во многих странах данные о переписи населения на местах отсутствуют. В подобных случаях необходимо использовать ту информацию, которая имеется в наличии. В Таблице 7 приводится пример корректировки данных по распространенности, полученных на этапе выполнения Задачи 1. Данные распределения по возрасту, относящиеся к Южной Африке, используются для расчета распространенности психических состояний у населения в возрасте от 15 лет и старше (63,65% населения). Это позволяет получить реальную картину распространенности среди взрослых и детей на 100 000 человек.

Согласно проведенной оценке, более высокая распространенность посттравматических стрессовых расстройств объясняется локальными социальными конфликтами и наличием беженцев из соседних стран. Исследование, проведенное на местном уровне, могло бы предположительно выявить необходимость оказания услуг для 0,5% лиц местного взрослого населения, перенесших психотравмы.

Таблица 7. Пример: Ожидаемое количество тяжелых психиатрических состояний, данные по которым откорректированы в соответствии с переменными, относящимися к структуре населения

Расстройства	Годовая распространенность (%)	Взрослое население	Общее кол-во ожидаемых случаев ⁹	Ожидаемый процент тяжелых случаев (%)	Ожидаемое кол-во тяжелых случаев
Неаффективный психоз	0,5	63 650	318	100	318
Биполярное аффективное расстройство	1,3	63 650	828	100	828
Большая депрессия	10,3	63 650	6 556	20	1 311
Тревожное расстройство	17,2	63 650	10 948	5	547
ПТСР	0,5	63 650	318	100	318
Всего	29,8	63 650	18 968	17,5	3 322

Таким образом, корректировка первоначальных данных по распространенности дает более точную картину годичной распространенности, составляющей **3,3%** или **3322 тяжелых случая** на 100 000 человек.

⁹ В приведенном примере используются данные переписи в Южной Африке; группа населения в возрасте от 15 лет и старше составила 63,65% (Центральная статистическая служба (CSS), 1997 г.). На 100 000 человек взрослый целевой контингент будет составлять 63 650 человек.



Задача 3. Оценка ожидаемого количества случаев в течение года

На основании проведенных консультаций, расставленных приоритетов, данных по распространенности и их корректировке в соответствии с переменными, относящимися к структуре населения на местном уровне, можно провести оценку ожидаемого количества случаев у целевой группы населения в течение года.

Ожидаемое количество случаев в течение года теперь может быть уточнено.

Задача 3. Пример: Оценка ожидаемого количества случаев в течение года

На основании данных в Таблице 7 ожидаемое количество случаев в течение года составит 3,3% на 100 000 человек, то есть 3322 случая. Данные по числу конкретных случаев, подпадающих под различные диагностические классификации, представлены в Таблице 7.

Задача 4. Определение услуг, необходимых для удовлетворения выявленных потребностей

Следующая задача состоит в оценке составных элементов и компонентов служб, необходимых для оказания помощи лицам с ожидаемыми случаями заболевания в течение определенного года. В ходе обсуждения вопросов, относящихся к составным элементам, необходимо сфокусировать внимание на амбулаторных службах, дневных стационарах, больничных койках, лекарственных средствах и медицинском персонале. Данные элементы позволят обеспечить базовые потребности в услугах и являются фундаментом для создания системы охраны психического здоровья в зависимости от потенциала страны. К сожалению, уровень инфраструктуры, включающей помещения для консультирования амбулаторных пациентов, средства транспорта, административные службы, прачечное обслуживание, техническое и ремонтное обеспечение и службу стационарного питания, значительно отличается в зависимости от страны. Следовательно, в данном модуле не может быть представлено подробное описание ее составляющих. Отдельные компоненты, относящиеся к расчету стоимости инфраструктуры, представлены ниже (Задача 5).

Следующая задача состоит в оценке служб охраны психического здоровья, необходимых для оказания помощи лицам с ожидаемыми случаями заболевания в течение определенного года.

1. Амбулаторное обслуживание и оказание помощи по месту жительства

В данной модели планирования предполагается, что большинство лиц, страдающих психическими расстройствами, будет получать помощь в амбулаторных учреждениях, то есть по месту проживания. Основная задача амбулаторных служб будет заключаться в ведении клинических симптомов, наблюдении за приемом лекарственных средств пациентами, проведении санитарного просвещения среди членов семьи больного и работе с общественностью. В большинстве случаев в развивающихся странах это означает оказание медико-социальной помощи на уровне первичного медицинского звена и определенную степень интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи. В мире существует множество форм организации служб охраны психического здоровья. Для оказания амбулаторных услуг на первичном, вторичном и специализированном уровнях в клиниках или больницах были разработаны формулы, которые приводятся ниже.

Задача амбулаторных служб состоит в ведении клинических симптомов и наблюдении за приемом лекарственных средств пациентами.

Два вида данных необходимы в качестве показателей, отражающих потребности амбулаторной службы при ведении установленных случаев:

- > число амбулаторных обращений в год;
- > число обращений в день.

Число амбулаторных обращений в год

Число амбулаторных обращений в год можно рассчитать по следующей формуле.

Число обращений в год = ожидаемое количество случаев в год × среднее число обращений на 1 человека в год

Число амбулаторных обращений в год и число обращений в день являются показателями, отражающими объем требуемых амбулаторных услуг.



Число обращений в день

Общее число обращений в год можно перевести в число обращений в день, то есть определить среднее число пациентов в день, обращающихся за услугами амбулаторной службы, посредством следующей формулы.

$$\text{Число обращений в день (ЧОД)} = \frac{\text{число обращений в год}}{\text{количество рабочих дней в году}}$$

Задача 4. Пример: Амбулаторная служба

Используя оценку количества тяжелых случаев в год, полученную при выполнении Задачи 3, и исходя из 264 рабочих дней в году, можно рассчитать число обращений в день (Таблица 8).

Таблица 8. Пример: Ожидаемое число ежегодных и ежедневных обращений в амбулаторные службы

Расстройства	Кол-во тяжелых случаев	Минимальное число обращений в год на 1 чел. ¹⁰	Общее число обращений в год	Кол-во рабочих дней в году	Число обращений в день (ЧОД)
Неаффективный психоз	318	12	3 816	264	15
Биполярное аффективное расстройство	828	12	9 936	264	38
Большая депрессия	1 311	6	7 866	264	30
Тревожное расстройство	547	6	3 282	264	12
ПТСР	318	6	1 908	264	7
Всего	3 322	–	26 808	264	102

Это означает, что при населении в 100 000 человек в среднем **102 человека** будут обращаться в амбулаторные службы охраны психического здоровья в день. Показатель «число обращений в день» можно использовать для расчета потребностей в обслуживающем персонале.

¹⁰ В Южной Африке пациентам, страдающим хроническими психическими расстройствами, рекомендуется (Rispel et al., 1995) приходить на прием к врачу ежемесячно, то есть 12 раз в год. Однако отмечается (Andrews, 2000), что наличие расстройства в течение 12 месяцев не означает необходимость получения круглогодичной помощи, при этом значение ремиссии обычно недооценивается. По этой причине для депрессии, тревожного расстройства и ПТСР рекомендуется 6 обращений к специалистам по охране психического здоровья, поскольку они являются менее резистентными.



2. Дневные стационары

Дневные стационары оказывают реабилитационные услуги для пациентов/потребителей, которые, в силу своего состояния, не способны легко интегрироваться в общество. Тем не менее, ожидается, что такие лица будут находиться по месту жительства, оставаясь под присмотром семьи, или им будет предоставлено социальное жилье. Дневные стационары могут проводить как относительно недорогие вмешательства (например, социальная активация аутизированных больных, группы самопомощи и потребителей услуг, приобретение навыков совместной работы, подмена лиц, помогающих больным, клубные дома), так и оказывать довольно дорогие услуги (например, психосоциальные вмешательства, программы по обучению повседневным навыкам, тренинговые курсы, создание рабочих мест для инвалидов, работа под наблюдением наставника, услуги по защите прав лиц с психическими расстройствами, организация курсов профессиональной подготовки, переходные схемы занятости).

Предлагаемая формула может использоваться для расчета необходимого количества мест в дневных стационарах.

$$\text{Места в дневных стационарах} = \frac{(\text{ожидаемое число случаев в год} \times \% \text{ лиц, нуждающихся в помощи})}{\text{количество программ в течение года}}$$

Дневные стационары оказывают реабилитационные услуги для пациентов/потребителей, которые, в силу своего состояния, не способны легко интегрироваться в общество.

Местные службы должны провести оценку потребностей в дневных стационарах.

Задача 4. Пример: Дневные стационары

Ресурсы, необходимые для таких служб, могут быть самыми разнообразными, в зависимости от существующих услуг и потребностей на местах. Используя предыдущий пример с данными по распространенности, можно ожидать, что 20% больных неаффективным психозом, 10% больных биполярным аффективным расстройством и 5% лиц с большой депрессией получат определенную помощь в дневных стационарах в течение года. В рамках имеющегося бюджета дневные стационары могут провести трехмесячные реабилитационные программы (например, для обучения социальным навыкам/учебе в рамках образовательных программ) при тесном сотрудничестве с членами семей пациентов или другими социальными службами. После этого пациентов выписывают для прохождения дальнейшей долгосрочной реабилитации в условиях семьи/социальной службы. Это означает, что в течение года могут быть организованы четыре подобные программы и, следовательно, каждый пациент/потребитель услуг сможет принять в ней участие один раз в квартал в течение года. Расчет необходимого числа мест в дневных стационарах представлен в Таблице 9. (Примечание: отдельным пациентам может потребоваться непрерывная реабилитация в рамках проводящихся программ, а не только ограниченное участие, как проиллюстрировано примером).

В течение года в дневных стационарах должно быть следующее число мест.

Таблица 9. Пример: Оценка потребностей в числе мест в дневных стационарах

Расстройства	Кол-во тяжелых случаев	Процент, требующий ухода в дневном стационаре	Кол-во программ в течение года	Число мест, необходимых для проведения программы
Неаффективный психоз	318	20	4	16
Биполярное аффективное расстройство	828	10	4	21
Большая депрессия	1 311	5	4	16
Всего	2 457	–	4	53



Инновационные методы в реабилитации, такие как организация клубных домов и сельскохозяйственных реабилитационных коммун, позволяют применять творческие решения в условиях минимального ресурсного обеспечения.

Сколько больничных коек требуется для обслуживания местного населения?

Примеры использования передового опыта организации дневных стационаров, например создание клубных домов в Пакистане (Chaudhry, 1987) и США (Warner, Huxley & Berg, 1999), использование юрт кочевников в Монголии (Всемирная организация здравоохранения, 2000a) и создание сельскохозяйственных реабилитационных коммун в Танзании (Kilonzo & Simmons, 1998), наглядно демонстрируют возможности применения творческого подхода в условиях минимального ресурсного обеспечения (см. модуль «Организация служб охраны психического здоровья»).

3. Учреждения стационарного типа

Об учреждениях стационарного типа, необходимых для оказания услуг в области охраны психического здоровья, упоминалось неоднократно. Предполагается, что большинство пациентов проведет большую часть времени вне психиатрической больницы. Тем не менее, всегда необходимо иметь определенное количество больничных коек в стационарах. ВОЗ рекомендует размещать стационарные психиатрические учреждения на базе больниц общего профиля или в районе проживания. Больничные койки требуются для оказания неотложных стационарных услуг (с госпитализацией сроком до 3 месяцев) и более длительного обслуживания хронических больных (пребывание в течение более длительного периода).

Нижеприведенное уравнение можно использовать для расчета потребности в больничных койках.

$$\text{Число коек} = \frac{\text{количество случаев} \times (\% \text{ нуждающихся в госпитализации}) \times (\text{средняя продолжительность пребывания в днях})}{365 \times \text{фактор ротации}}^{11}$$

Неотложная стационарная помощь

Больничные койки для оказания неотложной стационарной помощи предназначаются для краткосрочного ведения пациентов в кризисной ситуации или в случае возникновения рецидива и служат для стабилизации пациентов, после чего лечение может быть продолжено в амбулаторном режиме.

¹¹ Фактор ротации представляет периоды, когда койки не заняты пациентами между выписками и новыми поступлениями больных. В предыдущем исследовании (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.) рекомендуемый фактор ротации составлял 1,15 для острых состояний, что соответствует 85% средней занятости койки.



Задача 4. Пример: Расчет потребности в больничных койках для оказания неотложной стационарной помощи

Используя предыдущий показатель распространенности, составляющий 3322 случая тяжелых расстройств на 100 000 человек, из которых 3004 больных могут нуждаться в госпитализации в течение года, можно рассчитать потребность в койках для стационарного лечения острых состояний посредством приведенной формулы (см. Таблицу 10). В предыдущих документах ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.) указывалось, что процент пациентов, нуждающихся в госпитализации в течение года, должен быть откорректирован в соответствии с переменными, относящимися к структуре местного населения. Как и в случае с другими переменными, если в стране имеются точные и надежные данные, их следует использовать вместо показателей, приведенных в таблице.

Таблица 10. Пример: Расчет потребностей в больничных койках для лечения острых состояний на 100 000 человек

Состояние	Ожидаемое кол-во тяжелых случаев	Процент пациентов, нуждающихся в неотложной госпитализации в течение года (%) ¹²	СППС (средняя продолжительность пребывания в стационаре в днях) ¹³	Фактор ротации	Число коек
Неаффективный психоз	318	50	21	1,15	11
Биполярное аффективное расстройство	828	30	14	1,15	11
Большая депрессия	1 311	5	30	1,15	6
Тревожное расстройство	547	5	2	1,15	0
Всего	3 004	–	17	–	28

¹² Процент пациентов по каждому состоянию, нуждающихся в стационарном лечении в течение года, выведен на основе оценок исследований ВОЗ, проведенных ранее (ВОЗ, 1996 г.).

¹³ СППС = средняя продолжительность пребывания в стационаре, рассчитана как среднее количество дней госпитализации. Показатели СППС, приведенные в Таблице 3.13 рассчитаны на основе исследования ВОЗ, проведенного ранее (ВОЗ, 1996 г.).



Стационары для длительного лечения хронических больных

На основании литературных источников (Lelliot & Wing, 1994) считается, что необходимо иметь в наличии небольшое количество психиатрических коек для длительного лечения тяжелых и стойких состояний. Эти койки могут находиться в различных местах, включая больницы, кондоминиумы с медицинским наблюдением и без него. В рамках данной модели предпочтительно иметь систему обслуживания по месту жительства, а конкретные учреждения, в которых предоставляются койки, будут уточняться данной страной в зависимости от степени развития обслуживания в районе проживания больных.

Важно отделить функции данных служб от функций, которые выполняют психиатрические больницы. При долговременном стационарном обслуживании по месту жительства особое внимание уделяется важности установления контакта между пациентом/потребителем услуг и социальной средой с целью его интеграции в общество, там, где это возможно. Следует искать возможность проживания пациентов со своими семьями, если это возможно и клинически целесообразно.

Необходимо иметь небольшое число психиатрических коек для длительного лечения.

Задача 4. Пример: Места для длительного стационарного лечения хронических больных

В проведенном ранее исследовании (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.) исходили из предпосылки, что для 5% больных шизофренией, средний срок долговременного пребывания в стационаре для хронических больных составит 180 дней. Кроме этой категории необходимо было направить туда 0,5% пациентов с биполярным аффективным расстройством, частично для того, чтобы иметь полную картину пребывания пациентов в учреждениях этого типа, и частично в силу процента хронических больных, которым, по данным литературных источников, требуется непрерывный и долгосрочный уход. Фактор ротации был принят более низким, а именно 5% (1,05), что отражает более высокий уровень занятости койки.

На основании формулы, применяемой для расчета потребностей в больничных койках для лечения острых состояний, можно рассчитать количество коек в стационарах для длительного лечения хронических больных, пациентов с неаффективным психозом, биполярным аффективным расстройством наряду с тяжелыми психиатрическими состояниями (Таблица 11).

Таблица 11. Пример: Расчет числа коек, в стационарах для длительного лечения хронических больных на 100 000 человек

Состояние	Ожидаемое кол-во тяжелых случаев	Процент пациентов, нуждающихся в неотложной госпитализации в течение года (%) ¹²	СППС (средняя продолжительность пребывания в стационаре в днях) ¹³	Фактор ротации	Число коек
Неаффективный психоз	318	5	180	1,05	8
Биполярное аффективное расстройство	828	0,5	180	1,05	4
Всего	—	—	180	—	12

¹² Процент пациентов, нуждающихся в стационарном лечении острых расстройств в течение года, выведен на основе оценок исследований ВОЗ, проведенных ранее (ВОЗ, 1996 г.).

¹³ СППС = средняя продолжительность пребывания в стационаре, рассчитана как среднее количество дней госпитализации. Показатели СППС, приведенные в Таблице 3.13 рассчитаны на основе исследования ВОЗ, проведенного ранее (ВОЗ, 1996 г.).



4. Лекарственные средства

ВОЗ подготовила перечень основных лекарственных средств, применяемых в психиатрии (Всемирная организация здравоохранения, 1993 г.). Данный перечень можно использовать в процессе планирования потребностей в области обеспечения лекарственными препаратами, предназначенными для охраны психического здоровья населения на местном уровне. Поскольку спрос на психотропные средства во многом зависит от местных факторов, невозможно разработать мировой стандарт обеспечения населения лекарственными средствами на местах. Странам, следовательно, необходимо определить собственные потребности.

Для оценки объема лекарственных средств, необходимого для оказания психиатрической помощи в течение определенного года, страны могут выбрать один из двух предлагаемых подходов.

1. Использование текущих данных о применении лекарственных средств на местах для оценки потребностей в лекарственных препаратах в будущем. Если планируется увеличить объем оказываемых услуг, будущие потребности можно прогнозировать на основании количества препаратов, используемых в настоящее время, и существующей рецептурной политики с поправкой на ожидаемые изменения.

2. Формирование комитета экспертов и клиницистов для оценки требуемого объема лекарственных средств на основании данных о количестве пациентов/потребителей, нуждающихся в лечении и их потребностей в препаратах.

Для оказания помощи в использовании данных подходов к Перечню основных лекарственных средств ВОЗ прилагается информация о дозировке и руководство по фармакологическому лечению основных психиатрических состояний. Потребность в лекарственных средствах может быть рассчитана по следующей формуле.

$$\text{Потребность в лекарственных средствах (мг) (в год)} = \begin{aligned} & \text{кол-во людей, нуждающихся в лечении} \\ & \times \text{число дней в году, когда лечение необходимо} \\ & \times \text{среднюю дозу (мг) на одного пациента в день.} \end{aligned}$$

Для того чтобы рассчитать количество таблеток, необходимых для оказания услуг населению, общий вес в мг следует разделить на вес одной таблетки. Общая стоимость рассчитывается путем умножения стоимости одной таблетки на количество таблеток, необходимых для оказания услуг населению. Если имеются данные о себестоимости лекарственных средств, то они могут сыграть важную роль в процессе принятия решений.

В рамке, представленной ниже, приводятся примеры расчета потребностей в лекарственных средствах на основании одного из исследований (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.). В странах, где психиатрические лекарственные средства используются в качестве инструмента возмещения затрат для субсидирования других аспектов служб охраны психического здоровья, необходимо проявлять всяческую осторожность, с тем чтобы финансовые соображения не возобладали над клиническими потребностями в процессе планирования выделения средств на лекарственное обеспечение.

Мировые стандарты обеспечения населения лекарственными средствами в области психиатрии разработать невозможно.

Страны могут определить свои собственные потребности в лекарственных средствах, используя предложенные методы и формулы.



Задача 4. Пример: Расчет потребностей в лекарственных средствах

Ниже приводятся расчеты потребностей в лекарственных средствах для 3322 случаев на 100 000 человек. Страны могут использовать свои собственные данные, если таковые имеются. В приводимых примерах используется гипотетическая валюта – денежная единица (ДЕ). **Данные примеры служат исключительно в качестве иллюстрации метода расчета потребностей в лекарственных средствах и не являются рекомендациями ВОЗ.**

Антидепрессанты

Из 1311 случаев большой депрессии в год, предполагается, что:

- 10% лечатся 365 дней в году;
- 20% лечатся 180 дней в году;
- 20% лечатся 90 дней в году;
- 50% остаются непролеченными.

Используя стандартную дозу в 150 мг для трех циклов, годовая потребность в антидепрессантах составит:

$$1311 \times ((0,1 \times 365) + (0,2 \times 180) + (0,2 \times 90)) \times 150 = 17\,796\,825 \text{ мг}$$

$$\text{в таблетках дозировкой 25 мг} = 17\,796\,825 \div 25 = 711\,873 \text{ таблетки}$$

Исходя из того, что стоимость 1000 таблеток amitriptyline 25 мг составляет 6 ДЕ, стоимость антидепрессантов для региона можно рассчитать по формуле:

$$\frac{711\,873 \times 6}{1000} = \mathbf{4271 \text{ ДЕ в год}}$$

Нейролептики

Нижеследующие расчеты могут быть сделаны исходя из того, что 70% пациентов в мире принимают данные средства перорально (в среднем галоперидола 10 мг в день) и 30% принимают препарат пролонгированного действия инъекционно (флуфеназин деканоата 25 мг в течение 3 недель).

Общее количество человек, страдающих от психоза, составляет 1146. Исходя из того, что 80% пациентов принимают нейролептические препараты в течение всего года, количество пролеченных случаев в течение года составит 917. Исходя из того, что стоимость 1000 таблеток галоперидола 5 мг составляет 7 ДЕ, а 25-миллиграммовой ампулы флуфеназин деканоата – 0,8 ДЕ, можно произвести следующие расчеты:

Потребность в таблетках галоперидола 5 мг:

$$917 \times 0,7 \times \frac{10}{5} \times 365 = 468\,567 \text{ таблеток}$$

Расчетная стоимость галоперидола:

$$468\,567 \times \frac{7}{1000} = 3280 \text{ ДЕ}$$

Потребность в 25-миллиграммовых ампулах флуфеназин деканоата:

$$917 \times 0,3 \times \frac{365}{21} = 4782 \text{ ампулы}$$

Расчетная стоимость флуфеназин деканоата: $4782 \times 0,8 = 3826 \text{ ДЕ}$

Общая расчетная стоимость нейролептических средств = **7106 ДЕ в год**



Противопаркинсонические препараты (применяются только с нейролептическими средствами)

Принимая во внимание, что 50% пациентов, принимающих нейролептические лекарственные средства, нуждаются в противопаркинсонических препаратах, что среднесуточная доза равняется 10 мг и что стоимость 1000 таблеток биперидена 5 мг составляет 5,30 ДЕ, можно сделать следующие расчеты:

Годовая потребность в таблетках биперидена 5 мг:

$$917 \times 0,5 \times \frac{10}{5} \times 365 = 334\ 705 \text{ таблеток}$$

Расчетная стоимость противопаркинсонических препаратов:

$$334\ 705 \times \frac{5,3}{1000} = 1774 \text{ ДЕ в год}$$

Стабилизаторы

Принимая во внимание, что 70% из 828 человек с биполярным аффективным расстройством (то есть 580) принимают карбонат лития, что среднесуточная доза равняется 1200 мг и что стоимость 60 таблеток карбоната лития 300 мг составляет 4 ДЕ, можно сделать следующие расчеты:

Годовая потребность в таблетках карбоната лития 300 мг:

$$580 \times \frac{1200}{300} \times 365 = 846\ 800 \text{ таблеток}$$

Расчетная стоимость анксиолитических средств:

$$846\ 800 \times \frac{4}{60} = 56\ 453 \text{ ДЕ в год}$$

Вследствие своей довольно высокой стоимости (приблизительно 100 ДЕ на одного пациента в год) и необходимости контроля за уровнем лития в крови, рекомендуется тщательно взвесить возможности применения карбоната лития в условиях ограниченных ресурсов.

Общая стоимость

Общая годовая стоимость психиатрических лекарственных средств на 100 000 человек составляет:

Антидепрессанты	4 271 ДЕ
Нейролептические средства	7 106 ДЕ
Противопаркинсонические препараты	1 774 ДЕ
Стабилизаторы	56 453 ДЕ

Всего **69 604 ДЕ**

Это означает, что расходы на лекарственные препараты на одного человека в год составят 0,70 ДЕ.



5. Персонал

Следующий этап заключается в определении потребностей в кадровых или людских ресурсах, необходимых для оказания услуг. Людские ресурсы играют ключевую роль в бесперебойном функционировании службы охраны психического здоровья. Службы охраны психического здоровья зависят от людских ресурсов в гораздо большей степени, чем другие клинические и санитарные дисциплины (Thornicroft & Tansella, 1999). С финансовой точки зрения большая часть расходов в системе охраны психического здоровья приходится на оплату работы персонала. Важность кадрового обеспечения служб охраны психического здоровья очень часто недооценивается руководителями системы здравоохранения.

Общение с психически больными пациентами/потребителями услуг оказывает большое психологическое давление на работников службы охраны психического здоровья, что часто приводит к морально-психологическому истощению. По этой причине необходимо провести четкое различие между первичными целями службы охраны психического здоровья (лечение, уход и оказание помощи пациентам) и вторичными целями, то есть удовлетворением потребностей персонала (Thornicroft & Tansella, 1999). Вторичные цели никогда не должны стоять выше первичных, однако они также являются важными как по этическим причинам, так и для устойчивого долгосрочного развития системы оказания услуг в области психического здоровья.

Занятость работников служб охраны психического здоровья была рассчитана некоторыми исследователями в соответствии со стандартным временем, необходимым для проведения соответствующих терапевтических процедур (Faulkner & Goldman, 1997). Вследствие ограниченности информационных систем применение данного подхода не представляется целесообразным в развивающихся странах. Вместо этого в данном модуле используются расчеты, базирующиеся на объеме услуг, то есть количестве койко-мест и количестве пациентов, обращающихся в амбулаторные службы (Rispel, Price & Cabral, 1996). Оценка потребности в персонале проводится только для клиницистов службы охраны психического здоровья. Данные о потребности в уборщиках, работниках кухни и прачечной, а также техническом и административном персонале должны быть добавлены к данным, приведенным в примере.

В рамках интегрированной системы работникам общественного здравоохранения часто приходится оказывать услуги в области охраны психического здоровья. По этой причине расчет потребностей в людских ресурсах производится с точки зрения эквивалента полной занятости персонала. Численность такого персонала можно рассчитать, определив процент времени, который каждый работник здравоохранения затрачивает на оказание услуг в области психического здоровья. Например, если медсестра затрачивает 20% своего времени на оказание психической и психиатрической помощи (включая время, затраченное на лечение пациентов, выписку направлений, выписку больничных листов и консультирование коллег), то это составит 0,2 эквивалента полной занятости психиатрической сестры. Потребуется пять таких медсестер, чтобы выполнять функции одной психиатрической сестры.

5.1 Персонал амбулаторных служб

Потребность в персонале амбулаторных служб можно рассчитать по следующей формуле.

$$\text{Эквивалент полной занятости (ЭПЗ) персонала} = \frac{\text{Число обращений в день} \times \text{фактическое количество рабочих дней в году}}{\text{Кол-во консультаций в день} \times \text{кол-во рабочих дней в году}}$$

Сколько специалистов требуется для работы в системе охраны психического здоровья на местном уровне?

Эквивалент полной занятости персонала – количество специалистов, работающих в службе охраны психического здоровья на полной ставке, плюс процент медицинских работников, которые затрачивают только часть своего времени на оказание услуг в области психического здоровья.



Задача 4. Пример: Расчет потребностей в персонале амбулаторных служб и служб охраны психического здоровья на местах

На основе прогноза, составляющего 102 обращения в амбулаторные службы в день, сделанного ранее, эквивалент полной занятости персонала амбулаторной службы будет следующим:

$$\text{Эквивалент полной занятости} = \frac{(102 \times 264)}{(11 \times 225)} = 10,9$$

Данные приведенных расчетов взяты из исследования занятости персонала в системе первичного медицинского звена в Южной Африке (Rispel, Price и Cabral, 1996). Фактическое число рабочих дней в году было рассчитано путем вычета праздничных дней и дней, пропущенных по болезни. Количество консультаций в день определялось исходя из того, что 44,3% времени персонал напрямую контактирует с пациентом, на основе наблюдений за методами работы различных специалистов. Оставшаяся часть времени уходит на решение административных вопросов, подготовку, встречи, постоянное повышение квалификации, перерывы на чай/обед и другую деятельность. Одиннадцать консультаций на каждого специалиста рассчитано по числу всех сотрудников амбулаторной службы, включая тех, кто напрямую не контактирует с пациентом. Специалист, находящийся на дежурстве, может принять более 11 пациентов в течение одного дня. Между странами могут наблюдаться значительные различия. Странам следует использовать свои собственные данные или рассмотреть возможные альтернативы в рамках другой системы охраны психического здоровья приемлемого качества. Качество резко снижается, если имеется значительная нехватка персонала в амбулаторной службе.

Данная оценка потребностей в численности персонала амбулаторной службы на 100 000 человек не включает посещения больных на дому, перенесение приема по причине неявки пациента или проведение разъяснительной работы с населением. Такая работа очень важна в рамках внебольничного обслуживания населения, когда упор делается на реабилитацию пациентов с тяжелыми психиатрическими состояниями. Хотя многие специалисты могут справиться с подобной задачей, назначение специального лица по проведению разъяснительной работы с населением и, если это возможно, осуществлению координации деятельности добровольных организаций и организаций, осуществляющих уход за больными, может оказаться немаловажным. Расчеты показывают, что требуется 12 клиницистов амбулаторной службы и службы охраны психического здоровья по месту жительства для оказания амбулаторных услуг 3322 лицам с тяжелыми расстройствами.

Организационно-штатный состав амбулаторной службы и службы охраны психического здоровья по месту жительства

Нижеприведенное распределение 12 работников амбулаторной службы по специальностям базируется на рекомендациях, выработанных на основе ранее проведенного исследования (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.).

- > 2 ставки психиатрической медсестры;
- > 5 ставок медицинских сестер общего профиля;
- > 0,5 ставки специалиста по трудотерапии;
- > 1,5 ставки помощника специалиста по трудотерапии;
- > 1 ставка социального работника;
- > 1 ставка психолога;
- > 0,25 ставка психиатра;
- > 0,75 ставки медрегистратора/медицинского работника/врача-интерна.

Такой организационно-штатный состав может оказаться неподходящим для стран с минимальным ресурсным обеспечением служб охраны психического здоровья. Альтернативный состав персонала службы охраны психического здоровья, интегрированной в систему первичного медицинского звена, обслуживающей район с населением 100 000 человек, может быть следующим:

- > 7 поликлинических медработников с подготовкой в области психиатрии;
- > 1 медицинская сестра общего профиля;
- > 1 медицинская сестра, прошедшая подготовку в области психиатрии;
- > 2 специалиста по реабилитации по месту жительства;
- > 1 врач, с некоторой подготовкой в области психиатрии.



5.2 Персонал стационарных учреждений и учреждений интернатного типа

Потребность в персонале, который будет обслуживать определенное количество коек можно рассчитать на основе соотношения персонал/коечный фонд, которое наиболее приемлемо для организации службы охраны психического здоровья на местах. Общую численность персонала можно также определить на основе функциональных единиц, чтобы обеспечить каждого пациента необходимым набором услуг в условиях стационара или учреждения интернатного типа. Персонал стационара обычно оказывает услуги медицинского характера, проводит психиатрическое освидетельствование, лечение, ведет историю болезни пациента, оказывает общую поддержку и уход, проводит реабилитационные мероприятия и координирует работу с другими службами и членами семьи больного.

Соотношение персонал/коечный фонд является полезным показателем для определения численности персонала, необходимого для обслуживания стационара.

Задача 4. Пример: Персонал острого отделения

Проведенные расчеты показали, что для лечения острых состояний потребуется 28 больничных коек (Таблица 10). Для этого можно создать одно отделение, численностью 28 койко-мест. На основании ранее проведенного исследования (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.) можно определить следующий организационно-штатный состав отделения на 28 коек (с примерно 10 поступлениями в неделю и средней продолжительностью пребывания в стационаре 17 дней).

- > 0,5 ставки психиатра;
- > 1 ставка медрегистратора/медицинского работника;
- > 0,5 ставки социального работника + 0,5 ставки психолога или 1 ставка социального работника, если психолога не имеется в наличии;
- > 14 ставок медсестры (соотношение медсестра/ койка: 0,5).

Задача 4. Пример: Персонал стационаров для длительного лечения хронических больных

Согласно проведенной оценке для обслуживания 12 коек учреждения для длительного лечения хронических больных потребуется 4,8 ставки клинического персонала на основании соотношения персонал/пациент, взятого из ранее проведенного исследования (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.). Распределение персонала по специальностям может выглядеть следующим образом:

- > 0,1 ставки психиатра;
- > 0,2 ставки медрегистратора/медицинского работника;
- > 0,2 ставки психолога;
- > 0,2 ставки социального работника;
- > 0,1 ставки специалиста по трудотерапии;
- > 0,4 ставки помощника специалиста по трудотерапии;
- > 3,6 ставки медсестры (соотношение медсестра/ койка: 0,3).

5.3 Персонал дневного стационара

Потребность в персонале дневного стационара для обслуживания 53 мест в рамках программ по укреплению психического здоровья может быть рассчитана на основе имеющегося опыта комплектования стационаров дневного пребывания. Представленные ниже данные служат наглядным примером и не являются рекомендацией по точной численности персонала.

5.4 Потребности в управленческом персонале

В дополнение к специалистам, непосредственно осуществляющим лечение и уход за лицами, страдающими психическими расстройствами, необходимо определить потребности в управленческом персонале в пределах района охвата медобслуживанием.



Задача 4. Пример: Определение потребностей в управленческом персонале

Рекомендации по численности управленческого персонала, выработанные на основании ранее проведенного исследования в районе с населением 500 000 человек (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.), могут быть также применимы к району с населением в 100 000 человек:

- > 0,2 ставки главного специалиста по охране психического здоровья района (любая соответствующая специальность)
- > 1 ставка старшей медсестры;
- > 0,2 ставки специалиста по вопросам улучшения качества охраны психического здоровья (любая соответствующая специальность);
- > 0,5 ставки координатора по сбору информации в области психического здоровья (любая соответствующая специальность).

Несмотря на назначение специалиста по вопросам качества, другие работники службы психического здоровья не должны оставаться в стороне от процесса его улучшения. Повышение качества является обязанностью всех работников службы охраны психического здоровья, включая клинический, административный и управленческий персонал. Координатор по сбору информации в области психического здоровья может выполнять двойную функцию: оказывать помощь в сборе данных, планировании услуг, включая мониторинг за их выполнением и организовывать пропагандистско-просветительские мероприятия в области укрепления психического здоровья.

Задача 4. Пример: Оценка потребностей в персонале для района обслуживания с населением 100 000 человек

Совокупная оценка потребностей в персонале для амбулаторных и служб охраны психического здоровья по месту жительства, а также для стационаров и учреждений интернатного типа представлена в Таблице 12. Данная оценка не является рекомендацией ВОЗ, а служит исключительно примером проведения расчетов потребностей в персонале.

Таблица 12. Совокупная потребность в кадровых ресурсах для района обслуживания с населением 100 000 человек

Специалисты	Стационары		Амбулаторные службы	Дневной стационар	Службы управления	Всего
	Острые отделения	Отделения для длительного пребывания				
Медсестры	14	3,6	7	8	1	33,6
Специалист по трудотерапии	–	0,1	0,5	1	–	1,6
Ассистент специалиста по трудотерапии	–	0,4	1,5	2	–	3,9
Социальные работники	1	0,2	1	0,5	–	2,7
Клинические психологи	–	0,2	1	0,5	–	1,7
Психиатры	0,5	0,1	0,25	–	0,2	1,05
Медрегистраторы/МС/врачи-интерны	1	0,2	0,75	–	–	1,95
Специалисты по санпросвещению/информ. системам	–	–	–	–	0,5	0,5
Омбудсмен	–	–	–	–	0,2	0,2
Всего	16,5	4,8	12	12	1,9	47,2



Страны могут использовать собственные данные для определения совокупной потребности в специалистах вместо данных, представленных в примере.

Вследствие значительных различий в обеспечении специалистами и их навыках в разных регионах мира приводимые категории могут не всегда соответствовать текущим потребностям. В этом случае страны могут использовать собственные данные для определения совокупной потребности в специалистах, способных оказать запланированный набор услуг. Только широкий круг профессионалов способен обеспечить все необходимые виды помощи. В развивающихся странах работники местных служб охраны психического здоровья и лица, оказывающие социальную помощь членам семьи больного, имеют все необходимое для оказания услуг на местном уровне, например в Аргентине (провинция Нуген), Ботсване, Камбодже и Танзании (см. модуль «*Организация служб охраны психического здоровья*»). В Великобритании и других развитых странах работники служб охраны психического здоровья отвечают за выполнение целого комплекса общих мер психотерапевтического и реабилитационного характера вне зависимости от того, были ли они подготовлены в качестве психологов, социальных работников, медсестер или специалистов по трудотерапии. В США считается, что клиническим психологам, клиническим социальным работникам и медсестрам все чаще приходится выполнять традиционные функции врачей, так как лишь немногие из последних предпочитают получать подготовку в области психиатрии (Ivey, Scheffler & Zazzali, 1998).

В ходе проведения оценки потребностей в персонале важно помнить, что очень редко спрос на него остается на одном уровне. Всегда бывают взлеты и падения, как в процессе работы, так и в процессе найма, когда доступность отдельных специалистов оказывается под вопросом.

Для управления кадровыми ресурсами необходимо планировать потребности в обучении с целью дальнейшего развития службы. Если ожидается, что специалисты первичного медицинского звена, такие как врачи общей практики и медицинские сестры, будут вовлечены в процесс оказания услуг в области психического здоровья, данный аспект необходимо учитывать при разработке учебной программы (Cole et al., 1995).

Основные положения: Задача 4

- Проведите оценку составных элементов и инфраструктуры, необходимых для оказания помощи лицам с ожидаемыми случаями заболевания в течение определенного года.
- К составным элементам и инфраструктуре относятся амбулаторные службы, круглосуточные и дневные стационары, лекарственные средства и персонал. Данные элементы позволяют обеспечить базовые потребности в услугах и являются фундаментом для создания системы охраны психического здоровья в зависимости от потенциала страны.
- К индикаторам работы служб относятся число обращений пациентов в день, обеспеченность местами в дневных стационарах, количество больничных коек, уровень обеспеченности лекарственными средствами и численность персонала. Используя предложенную формулу, данные показатели можно рассчитать на основании ожидаемого количества случаев в районе обслуживания.
- Сделайте общую оценку потребностей в ресурсах, необходимых для оказания услуг в области охраны психического здоровья в пределах района обслуживания.



Задача 5. Определение стоимости ресурсного обеспечения для оказания ожидаемого объема услуг

Следующая задача заключается в определении стоимости услуг, оказание которых необходимо для лечения приоритетных случаев на местном уровне. Полученный результат можно использовать в качестве аргумента для выделения необходимого целевого финансирования. Определение стоимости является важнейшей заключительной задачей данного этапа, позволяющей установить приоритеты, провести оценку возможностей и обозначить дальнейшие цели.

Стоимость – ресурсы, затраченные в конкретной ситуации на выполнение определенного вида деятельности (Green, 1999). Она обычно выражается в денежных единицах, хотя и не является эквивалентом цены, которая просто отражает рыночный обменный курс.

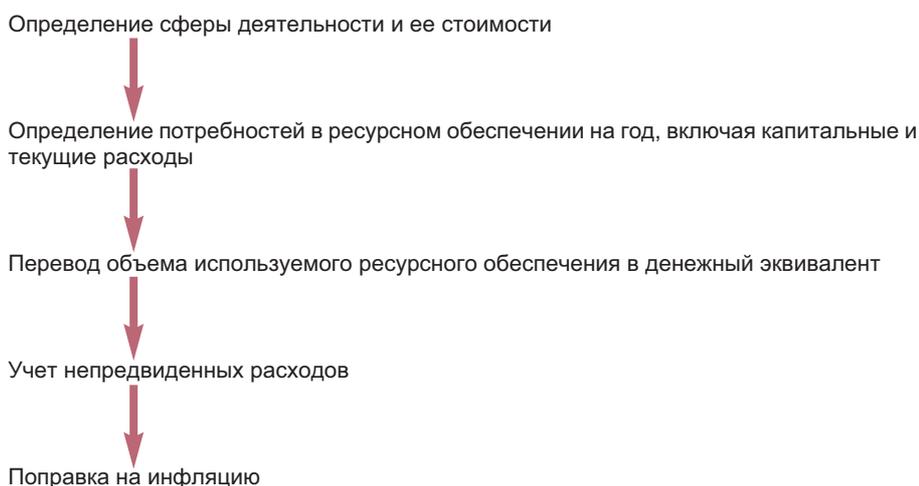
При расчете стоимости любого рода деятельности необходимо определить все возможные расходы, а также тех, кто будет их оплачивать. Это особенно важно для руководителя службы охраны психического здоровья государственного сектора, которому, вероятнее всего, придется оценивать, сколько будет стоить обществу весь объем оказания услуг. Например, при лечении психозов служба охраны психического здоровья по месту жительства больного может понести расходы на:

- > медицинские услуги (лекарственные средства, медперсонал, транспорт);
- > пациентов (расходы на содержание, проживание, транспорт и время, включая затраченное рабочее время);
- > семьи пациентов (вместо работы проводят время, осуществляя уход за больными);
- > услуги других секторов, таких как социальные службы, органы внутренних дел и жилищно-бытовой сектор.

Специалисты по планированию должны представлять потенциальную опасность двойной бухгалтерии в данных категориях.

Основной подход к вопросу стоимости, принятый во многих ситуациях, заключается в ее оценке по принципу «снизу-вверх» (Creese & Parker, 1994; Green, 1999) (Рисунок 7).

Рисунок 7. Оценка стоимости по принципу «снизу-вверх»



Какой уровень финансирования необходим для оказания услуг в области охраны психического здоровья?



1. Определение сферы деятельности

На первом этапе важно определить сферу деятельности и ее стоимость. Например, стоимость оценки возможностей будет отличаться от стоимости формирования бюджета. Оценка возможностей предполагает широкий спектр расходов на местах, между тем как формирование бюджета требует определения конкретных расходов на функционирование службы.

Задача 5. Пример: Определение сферы деятельности

В данном случае сферой деятельности будет являться оценка стоимости формирования бюджета службы охраны психического здоровья по месту жительства. Цель оценки стоимости состоит в обеспечении потребностей местного населения соответствующими услугами в области охраны психического здоровья и особенно лиц с тяжелыми расстройствами, что является приоритетным направлением развития (см. выше).

2. Определение потребностей в ресурсном обеспечении

На втором этапе необходимо определить потребности в ресурсном обеспечении для проведения соответствующей деятельности. Важно провести четкую разграничительную линию между капитальными и текущими расходами. Капитальные расходы – одноразовые затраты на организацию какого-либо рода деятельности или создание службы. Текущее расходование средств осуществляется на протяжении всего времени деятельности и обычно рассчитывается ежегодно. В отличие от капитальных расходов текущие расходы иногда требуют дополнительного финансового обеспечения до окончания года. Важно разграничивать капитальные и текущие расходы, так как это позволяет более точно прогнозировать расходование будущих средств. Обычно служба общественного здравоохранения, на базе которой оказываются услуги по охране психического здоровья, имеет свои собственные правила и процедуры определения стоимости услуг и других видов деятельности.

К ресурсам, потребность в которых определена в Задаче 4, относились исключительно больничные койки, персонал и лекарственные средства, предназначенные для лечения психических расстройств. Инфраструктура, необходимая для доступности таких услуг, была также определена с целью выявления ее стоимости. Кроме этого, если потребуется провести оценку возможностей, необходимо будет определить стоимость услуг для общества. Задача руководителя районной службы охраны психического здоровья или специалиста по планированию заключается в определении всех соответствующих ресурсов, которые войдут в стоимость услуг в области охраны психического здоровья. Контрольный перечень для определения статей расходов представлен ниже (Таблица 13).

При определении потребностей в ресурсном обеспечении необходимо разграничивать капитальные и текущие расходы.



Таблица 13. Контрольный перечень статей расходов

	Статья расходов	Капитальные	Текущие
1.	Здания	Стоимость строительства и землеотвода	Техническое обслуживание (ТО), вспомогательные строения, арендная плата, коммунальный налог, амортизация
2.	Оборудование и предметы мебели	Закупка новых больших единиц оборудования и предметов мебели	ТО, замена, аренда, амортизация, запасные части
3.	Средства транспорта и их эксплуатация	Новые средства транспорта	ТО, замена, топливо, аренда
4.	Средства связи	Радио, телефон (включая установку)	ТО, эксплуатационные расходы
5.	Электроэнергия	Генератор, распределительные щиты, подключение к электрической сети	Солнечные батареи, электричество, бензин, солярка
6.	Водоснабжение, канализация и удаление отходов	Установка, строительные расходы	ТО
7.	Оборудование для приготовления пищи	Кухня	Стоимость продуктов питания для персонала/ пациентов
8.	Хозяйственные расходы	Оборудование и здания	Хозяйственные материалы
9.	Медицинские и лабораторные расходные материалы и оборудование (см. 1, 2)	Лабораторное оборудование	Лекарственные препараты для амбулаторных и стационарных пациентов, клиник
10.	Общие административные расходы	Компьютеры, печатные машинки, офисное оборудование	Канцелярские принадлежности, программное обеспечение для системы учета, ТО
11.	Персонал	Подготовка	Зарплата и сопутствующие расходы (пенсии, выплаты в соответствии с законодательством), повышение квалификации
12.	Консультативные услуги	Подготовка проекта	Услуги специалистов

Источник: адаптировано из Green, 1999.

Для оценки стоимости услуг необходимо определить их уровень или объем, например численность персонала районных поликлиник, оказывающего услуги в области лечения тяжелых психиатрических состояний. Методы расчета объема услуг, относящихся к службе психического здоровья, были описаны в Задаче 4 (см. выше). Соответствующую информацию о требованиях к уровню инфраструктуры, принадлежащей системе общественного здравоохранения, обычно можно получить в департаменте общественного здравоохранения (например, по вопросам больничного питания, транспорта, общих административных вопросах, хозяйственной деятельности, средствах связи, аренде помещений).

Если род деятельности является абсолютно новым, потребность в ресурсах оценивается на основе описания данного рода деятельности (например, подготовка специалистов служб охраны психического здоровья по месту жительства для проведения реабилитационных мероприятий в группах самопомощи).

Для оценки стоимости услуг необходимо определить их уровень или объем.



Пример: Определение потребностей в ресурсах для службы охраны психического здоровья на 100 000 человек в год

Таблица 14. Ресурсы, необходимые для оказания услуг в области охраны психического здоровья населению численностью 100 000 человек в течение года

	Статья расходов	Капитальные	Текущие
1.	Здания	Перепрофилирование учреждений длительного пребывания в палаты неотложной помощи	Техническое обслуживание (ТО), арендная плата, коммунальный налог, амортизация
2.	Оборудование и предметы мебели	Никаких новых закупок больших единиц оборудования и предметов мебели	ТО, замена, амортизация, запасные части
3.	Средства транспорта и их эксплуатация	Одно новое автотранспортное средство для патронажных визитов	ТО, замена, топливо (увеличение расходов в связи с приобретением нового автотранспортного средства и более интенсивной эксплуатацией)
4.	Средства связи	Установка новых телефонных линий (2)	ТО, эксплуатационные расходы
5.	Электроэнергия	Никаких дополнительных расходов, служба уже подключена к электрической сети	Электричество, бензин, солярка
6.	Водоснабжение, канализация и удаление отходов	Установка новых систем канализации	ТО
7.	Оборудование для приготовления пищи	Замена части кухонного оборудования	Стоимость продуктов питания для персонала/ пациентов
8.	Хозяйственные расходы	Не требуется дополнительного оборудования	Хозяйственные материалы
9.	Медицинские и лабораторные расходные материалы и оборудование (см. 1, 2)	Не требуется нового лабораторного оборудования	Лекарственные препараты для амбулаторных и стационарных пациентов, а также клиник
10.	Общие административные расходы	Новые компьютеры (2), офисное оборудование для информационной системы	Канцелярские принадлежности, программное обеспечение для системы учета, ТО
11.	Персонал	Подготовка специалистов служб охраны психического здоровья по месту жительства в области реабилитации	Зарплата и сопутствующие расходы (пенсии, выплаты в соответствии с законодательством), повышение квалификации
12.	Консультативные услуги	Подготовка проекта по деинституционализации системы охраны психического здоровья	Услуги специалистов/консультации с заинтересованными сторонами по вопросам деинституционализации

Проведите оценку потребностей в больничных койках, кадровых ресурсах и лекарственных средствах (см. Задачу 4, выше) для населения района обслуживания численностью 100 000 человек.

Показатель	Потребность (Задача 4)
Больничные койки на 100 000 человек	Неотложная помощь: 28 Длительного пребывания: 12
Персонал на 100 000 человек	Медсестры: 33,6 Всего персонала: 47,2
Лекарственные средства	
Антидепрессанты	711 873 × 25 мг таблетки амитриптилина
Нейролептики	468 587 × 5 мг таблетки галоперидола
Противопаркинсонические	334 705 × 5 мг таблетки биперидена
Стабилизаторы	846 800 × 300 мг таблетки карбоната лития



3. Перевод в денежный эквивалент

Следующая стадия состоит в переводе всех идентифицированных ресурсов в денежный эквивалент (Таблица 15). Для этой цели можно использовать различные источники информации. В департаментах здравоохранения, которые ведут систему бюджетного учета и отчетности, имеется большая часть необходимых данных. Например, в отделе заработной платы хранится информация о зарплате персонала, отделы лекарственных средств должны иметь данные о стоимости препаратов, больницы должны обладать информацией об эксплуатационных затратах, которые могут быть переведены в расходы на одну койку в год. В этой связи данные о расходах, имеющиеся в системах бухгалтерского учета, могут оказаться чрезвычайно необходимыми. Информация о стоимости строительства может быть получена от частных подрядчиков или от государственных служб и министерств.

Следующая стадия состоит в переводе всех идентифицированных ресурсов в денежный эквивалент.

Пример: Перевод ресурсов, необходимых для оказания услуг в области охраны психического здоровья населению района численностью 100 000 человек в течение года в денежный эквивалент

Таблица 15. Перевод ресурсов в денежный эквивалент*

	Статья расходов	Капитальные	Денежная единица (ДЕ)
1.	Здания	Перепрофилирование учреждений длительного пребывания в палаты неотложной помощи	440 000
2.	Оборудование и предметы мебели	Никаких новых закупок больших единиц оборудования и предметов мебели	0
3.	Средства транспорта и их эксплуатация	Одно новое автотранспортное средство для патронажных визитов	39 000
4.	Средства связи	Установка новых телефонных линий (2)	150
5.	Электроэнергия	Никаких дополнительных расходов (служба уже подключена к электрической сети)	0
6.	Водоснабжение, канализация и удаление отходов	Установка новых систем канализации	36 000
7.	Оборудование для приготовления пищи	Замена части кухонного оборудования	5 000
8.	Хозяйственные расходы	Не требуется дополнительного хозяйственного оборудования	0
9.	Медицинские и лабораторные расходные материалы и оборудование (см. 1, 2)	Не требуется нового лабораторного оборудования	0
10.	Общие административные расходы	Новые компьютеры (2), офисное оборудование для информационной системы	5 000
11.	Персонал	Подготовка специалистов служб охраны психического здоровья по месту жительства в области реабилитации	55 000
12.	Консультативные услуги	Подготовка проекта по деинституционализации системы охраны психического здоровья	15 000
	Всего		595 150
	Суммарные расходы (Капитальные + Текущие)		

* Как и в предыдущем случае, в данном примере используется гипотетическая денежная единица (ДЕ).



Текущие	Денежная единица (ДЕ)
ТО, арендная плата, коммунальный налог, амортизация (больничные койки: 28 – для неотложной помощи, 12 – для длительного пребывания)	916 000
ТО, замена, амортизация, запасные части	45 000
ТО, замена, топливо (увеличение расходов в связи с приобретением нового автотранспортного средства и более интенсивной эксплуатацией)	8 000
ТО, эксплуатационные расходы	600
Электричество, бензин, солярка	1 900
ТО	12 000
Стоимость продуктов питания для персонала/пациентов	40 000
Хозяйственные расходы	800
Лекарственные препараты для амбулаторных и стационарных пациентов, клиник (см. пример Задачи 4)	69 604
Канцелярские принадлежности, программное обеспечение для системы учета, ТО	1 500
Зарплата и сопутствующие расходы (пенсии, выплаты в соответствии с законодательством), повышение квалификации (всего персонала: 47,2)	1 218 000
Услуги специалистов/консультации с заинтересованными сторонами по вопросам деинституционализации	26 000
	2 339 404
	2 934 554



4. Учет непредвиденных расходов

Средства на покрытие непредвиденных расходов обычно составляют от 5% до 10% от общей суммы затрат в зависимости от точности оценки стоимости. Средства на непредвиденные расходы не должны использоваться на покрытие затрат, являющихся результатом неэффективной или неточной оценки стоимости.

Пример: Учет непредвиденных расходов

Общая сумма расходов	2 934 554 ДЕ
Непредвиденные расходы (7%)	205 419 ДЕ
Суммарные расходы (включая непредвиденные)	3 139 973 ДЕ

5. Поправка на инфляцию

На предыдущих этапах все расходы рассчитывались в текущих ценах. Однако если какой-либо род деятельности планируется осуществлять на протяжении нескольких лет, необходимо учесть возможный рост цен. Поправка на инфляцию обычно бывает дифференцированной, то есть уровень инфляции варьируется в зависимости от составных компонентов системы охраны психического здоровья. Например, увеличение стоимости лекарственных средств и рост заработной платы персонала, как правило, не происходит прямо пропорционально (Green, 1999).

Пример: Поправка на инфляцию

В данном примере поправка на инфляцию делается только на одногодичный период на основании ориентировочной стоимости осуществления проекта в наступающем финансовом году. Так как пример приводится в качестве иллюстрации, дифференцированная ставка инфляции не используется, и ее фиксированный уровень составляет 8%. В реальности уровень инфляции сильно варьируется в зависимости от страны, и данные показатели приводятся исключительно в иллюстративных целях.

Общая сумма расходов	3 139 973 ДЕ
Инфляция (8%)	251 198 ДЕ
Суммарные расходы (включая инфляцию)	3 391 171 ДЕ

Исчисление стоимости

1. Стоимость единицы услуг

В целом для избежания повторения аналогичной работы целесообразно ввести такую категорию, как стоимость единицы услуг (Green, 1999). Примеры стоимости единицы услуг включают:

- > стоимость одного амбулаторного обращения;
- > стоимость лечения одного пациента в стационаре в течение одного дня;
- > стоимость одного квадратного метра помещения.

На основании вышеприведенных данных текущая стоимость всех расходных статей, относящихся к неотложному стационарному лечению, например помещений, оборудования и предметов интерьера учреждений экстренной помощи, может быть суммирована и поделена на число больничных коек для неотложной стационарной помощи с целью расчета единицы стоимости одной койки.

Для защиты расходных статей в будущем необходимо сделать поправку на инфляцию.

Для оценки стоимости целесообразно ввести такую категорию как стоимость единицы услуг.



Необходимо проявлять осторожность при использовании данного показателя, так как точное исчисление единицы стоимости зависит от нескольких переменных, включая вид деятельности и уровень эффективности. Например, амбулаторное обращение в специализированную психиатрическую клинику, в штате которой имеется психиатр, будет отличаться от стоимости амбулаторного обращения в клинику первичного медицинского звена. Стоимость единицы услуг будет также различной в клинике, обслуживающей большее число пациентов, по сравнению с клиникой, где поток больных менее интенсивный.

2. Стоимостные отношения

Суммарная стоимость любого вида деятельности включает фиксированные и переменные затраты (Green, 1999). Фиксированные затраты остаются неизменными на всех уровнях. Переменные затраты меняются в зависимости от уровня эффективности процесса. В палате стационара, например, затраты на персонал и помещения остаются фиксированными и не зависят от числа занятых коек, а затраты на продукты питания и лекарственные средства являются переменными величинами и подлежат изменению. По мере того как в палату госпитализируется больше пациентов, возрастают суммарные расходы, но стоимость обслуживания одного пациента (средняя единица стоимости) снижается. Это означает, что эффективность работы палаты улучшается, в том случае если результаты остаются на прежнем уровне. Однако через какое-то время палата заполняется полностью, и возникает необходимость госпитализации пациентов в новую палату. Данный процесс сопровождается увеличением фиксированных расходов и приводит к снижению эффективности. Специалисты по планированию и руководители служб должны иметь четкое представление о подобных стоимостных категориях для планирования наиболее эффективных видов деятельности на соответствующем уровне.

Маргинальной стоимостью называется стоимость, которая на определенном уровне эффективности, становится предельно высокой. Например, если в палате было 20 пациентов, в маргинальную стоимость будут входить затраты, связанные с госпитализацией двадцать первого пациента в данную палату. Маргинальная стоимость является важным понятием для осуществления процесса планирования, так как принятие многих решений часто связано с повышением эффективности работы конкретной службы. Например, если целью службы охраны психического здоровья на районном уровне является увеличение пропускной способности психиатрической палаты в больнице общего профиля, специалистам по планированию необходимо знать, сколько будет стоить госпитализация дополнительного пациента в данную палату. Концепция маргинальной стоимости также важна для долгосрочного планирования в плане оценки последствий повышения или понижения уровня эффективности. Преимущество использования маргинальной стоимости состоит в том, что в нее не включены фиксированные затраты, которые обычно включаются в единицу стоимости услуг.

Единица стоимости и маргинальная стоимость особенно эффективны при проведении оценки затрат для развития служб охраны психического здоровья. Например, если известно, что стоимость услуг психиатрической сестры в системе первичной медико-санитарной помощи равняется определенной сумме в день, можно провести оценку стоимости увеличения штата подобных медсестер.

3. Распределение совместных затрат

Затраты часто распределяются между несколькими видами деятельности, и возникает вопрос, как осуществлять процесс распределения. Например, службы охраны психического здоровья по месту жительства могут пользоваться помещениями клиники первичного звена для приема пациентов и, следовательно, должны нести определенные расходы на эксплуатацию здания совместно с бюджетом системы общественного здравоохранения. Безусловно, вопрос о том, как будет осуществляться совместное финансирование, зависит от организации бюджетного процесса в конкретной стране. Например, в одних странах программе по охране психического здоровья может быть выделен специальный бюджет для оплаты работы персонала и закупки лекарственных средств на основе договоренностей, что в некоторых случаях специалисты по охране психического здоровья смогут пользоваться помещениями, находящимися в ведении департамента общественного здравоохранения, например больницами общего профиля или поликлиниками. В других – потребуется принятие отдельных бюджетов в области психического здоровья, из которых средства будут направляться на покрытие эксплуатационных расходов и других совместных издержек. А в некоторых странах отдельных бюджетов на охрану психического здоровья может не быть вообще.

Методы распределения совместных затрат включают: (1) распределение затрат в соответствии с пропорциональным количеством времени использования помещений; (2) распределение затрат пропорционально выделенному бюджету. Например, если служба психического здоровья на уровне первичного медицинского звена имеет бюджет, составляющий 5% общего бюджета первичной медико-санитарной службы, то служба охраны психического здоровья оплачивает 5% совместных затрат.

Суммарная стоимость любого вида деятельности включает фиксированные и переменные затраты.

Маргинальной стоимостью называется стоимость, которая на определенном уровне эффективности, становится предельно высокой.

Необходимо разработать методы совместного распределения затрат между службами охраны психического здоровья и другими секторами здравоохранения.



Основные положения. Задача 5: Расчет стоимости ресурсного обеспечения для оказания предполагаемого объема услуг

- Руководителям службы психического здоровья и специалистам по планированию необходимо рассчитать стоимость ресурсного обеспечения для оказания предполагаемого объема услуг, установленного в Задаче 4.
- Это можно достигнуть путем определения объема оказываемых услуг и ресурсов, необходимых для их оказания, с последующим переводом данных ресурсов в денежный эквивалент, учетом непредвиденных затрат и поправкой на инфляцию.
- При проведении оценки стоимости необходимо принять во внимание такие показатели, как единица стоимости, стоимостные отношения и распределение совместных затрат.

Этап С. Постановка целей



Задача 1. Определение приоритетных направлений

Сбор информации на основе анализа ситуации (Этап А) и оценка потребностей (Этап В) необходимы для определения приоритетных направлений в области оказания услуг. Это можно сделать путем сравнения реально оказываемых услуг с оценкой потребностей (Рисунок 8). Существующий разрыв или неудовлетворенные потребности позволят специалистам по планированию сфокусировать усилия на самых важных приоритетах. В рамках данной задачи необходимо определить приоритетные направления развития службы для проведения их дальнейшей оценки (Задача 2) и поставить программные цели (Задача 3).

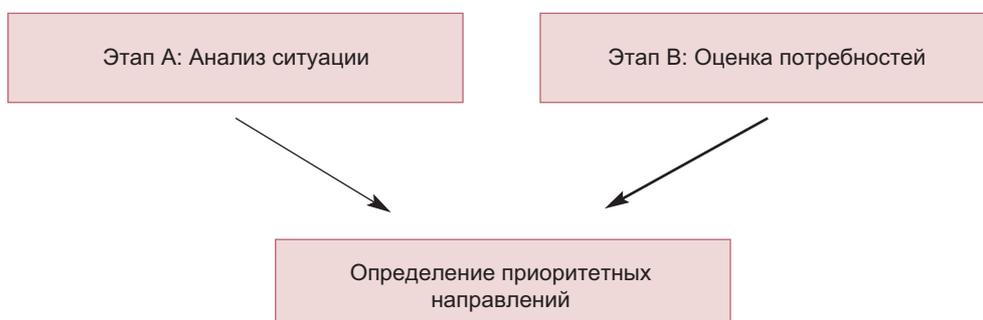
На государственном уровне приоритетные направления развития системы охраны психического здоровья уже могут быть определены в рамках государственной политики или руководства для дальнейшего претворения в пределах района обслуживания. К критериям определения приоритетных направлений в процессе планирования услуг в области психического здоровья на местном или районном уровне относятся:

- > масштабность проблем в области психического здоровья;
- > важность восприятия существующей проблемы (на основании мнений различных заинтересованных сторон);
- > тяжесть психических состояний;
- > их подверженность лечению;
- > стоимость.

(См. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья».)

Фактические данные, необходимые для достижения поставленной цели, должны иметься в наличии после выполнения задач Этапов А и В, и теперь можно приступить к определению приоритетных направлений (Рисунок 8).

Рисунок 8. Использование фактических данных для определения приоритетных направлений



На данном этапе необходимо провести сравнение данных, полученных на Этапах А и В, с целью привлечения внимания специалистов по планированию к расстановке наиболее важных приоритетов.



Фактические данные о текущем состоянии охраны психического здоровья, которые должны иметься в наличии после выполнения задач Этапа А, включают данные о контексте оказания услуг (качественная информация), текущих уровнях финансирования, текущем ресурсном обеспечении служб охраны психического здоровья (больничные койки, персонал, лекарственные препараты, помещения), а также уровне использования имеющихся услуг или спросе (число обращений в амбулаторные службы в течение года, количество случаев госпитализации в год).

Данные анализа потребностей, полученные в результате выполнения задач Этапа В, включают оценку стоимости предполагаемых услуг на разных уровнях, оценку потребностей служб охраны психического здоровья в ресурсном обеспечении (больничные койки, персонал, лекарственные средства, помещения) и оценку использования услуг (число возможных обращений в амбулаторные службы в течение года, количество случаев госпитализации в год). Точность данных зависит от уровня развития местных информационных систем и наличия исходной информации.

На Этапе А могут быть выявлены определенные недостатки в существующей системе оказания услуг в области психического здоровья, которые варьируются по странам в зависимости от спроса на услуги, то есть масштаба использования существующих услуг. В странах с высоким доходом на душу населения спрос на услуги в области психического здоровья выше, чем в странах с низким доходом. В Австралии, например, население, обращающееся за услугами в области охраны психического здоровья, составило 38% (Департамент здравоохранения и планирования семьи Австралийского Союза, 1998 г.), а в Чили данный показатель колеблется в пределах 10%–25% (Министерство здравоохранения, Чили, 2000 г.) (см. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья»). Эти различия частично объясняются плохой доступностью служб охраны психического здоровья в развивающихся странах и другими культурными традициями, связанными с представлениями о психических заболеваниях.

На Этапе В проводится оценка потребностей в ресурсном обеспечении услуг в области охраны психического здоровья. Доказательства, приводящиеся в литературных источниках, указывают на тот факт, что данные по распространенности обычно приводят к завышенной оценке спроса на услуги, даже в странах, где такие услуги являются физически и материально доступными (Andrews et al., 2000).

Основная задача специалиста по планированию на данном этапе заключается в проведении сверки данных о текущем состоянии услуг с данными, полученными в результате проведения оценки потребностей. В процессе сравнения данных необходимо выявить области, где имеются неудовлетворенные потребности, которые позволят специалистам по планированию определить приоритетные направления. На основании этого можно будет сделать выводы о состоянии службы охраны психического здоровья и выработать рекомендации в отношении дальнейших приоритетов по ее развитию (см. пример ниже).

На Этапе А могут быть выявлены определенные недостатки в существующей системе оказания услуг.

На Этапе В существует большая вероятность завышения оценки потребностей в услугах.

Следующая задача заключается в проведении сверки различных данных и определении приоритетных направлений для дальнейшего развития службы охраны психического здоровья.

Основные положения. Задача 1: Определение приоритетных направлений

- На основании информации, собранной в процессе анализа ситуации (Этап А) и оценке потребностей (Этап В) можно определить приоритетные направления дальнейшего развития службы охраны психического здоровья на местном уровне.
- Основная задача специалиста по планированию на данном этапе заключается в проведении сверки данных о текущем состоянии услуг с данными, полученными в результате проведения оценки потребностей. Сравнение данных должно выявить наиболее важные приоритетные направления дальнейшего развития службы охраны психического здоровья.
- К критериям успешного выполнения данной задачи относятся: масштабность проблем в области психического здоровья, важность восприятия существующих проблем, тяжесть психических состояний, их подверженность лечению и стоимость.



Задача 1. Пример: Выявление недостатков в системе охраны психического здоровья на основе сравнения данных о текущем состоянии услуг с данными оценки потребностей

Проведем сравнение данных о текущем состоянии услуг (Этап А) с данными оценки потребностей (Этап В), используя результаты оценки работы службы психического здоровья в Южной Африке (Таблица 16).

Таблица 16. Сравнение данных о текущем состоянии услуг с данными оценки потребностей

Показатель	Текущее состояние услуг (Этап А)	Потребности (Этап В)
Соотношение коечный фонд/население на 100 000 человек	Острые состояния: 13 Длительного пребывания: 35	Острые состояния: 28 Длительного пребывания: 12
Соотношение персонал/население на 100 000 человек	Медсестры: 15,6 ставки Всего персонала: 19,5 ставки	Медсестры: 33,6 ставки Всего персонала: 47,2 ставки
Соотношение персонал/коечный фонд	Всего: 0,25 ставки медсестры*	Острые состояния: 0,5 ставки медсестры* Для лечения случаев длительного пребывания: 0,3 ставки медсестры
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные службы (персонал)	13%	33%
Число обращений в день на 100 000 человек	13 + 12 случаев посттравматического стрессового расстройства, которые ведут неправительственные организации = 25	93
Годовой показатель госпитализации на 100 000 человек	150	223
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные услуги (использование услуг)	8%	29%

* Данные отсутствуют вследствие недостаточного развития информационной системы – в данной области необходимо проделать большую работу (см. ниже общие цели и рекомендации).

На основании проведенного сравнения можно сделать следующие выводы о текущем состоянии системы охраны психического здоровья в районе обслуживания с населением 100 000 человек.

1. Отмечается переизбыток коечного фонда для длительного пребывания пациентов и недостаток коек для острых отделений. Это указывает на то, что чрезмерное внимание уделяется вопросам содержания в закрытых медицинских учреждениях и что необходимо переводить службы охраны психического здоровья на обслуживание по месту жительства, повышая качество оказания краткосрочных услуг в условиях стационара.
2. Глобальные показатели соотношения персонал/населения показывают, что имеется значительная нехватка работников служб охраны психического здоровья по сравнению с существующими потребностями.
3. Показатели соотношения службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные службы (персонал) показывают, что слишком большое количество персонала все еще сконцентрировано в стационарных учреждениях, между тем как на местах ощущается потребность в кадровых ресурсах.



4. Низкий уровень ежедневных обращений пациентов может свидетельствовать о низком уровне выявления психических состояний в амбулаторных службах, недостатках в системе направлений пациентов, нехватке персонала или стигматизацию (в системе здравоохранения в целом или в обществе). В этом случае существует необходимость подготовки специалистов первичного звена в области выявления психических проблем.

5. С учетом соотношения коечный фонд/население низкий уровень госпитализации может означать, что пациентов госпитализируют не очень часто и на более длительные периоды, чем это необходимо.

6. Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/стационарные услуги (использование услуг) также может означать, что среди пациентов существует тенденция к использованию в основном стационарных, а не внебольничных услуг, когда в этом возникает необходимость.

Оценка существующей системы услуг может выявить нехватку персонала как в стационарных, так и в службах охраны психического здоровья по месту жительства. Однако местным службам может быть отдан приоритет для снижения потребностей в коечном фонде и создания более совершенной, менее затратной и более гуманной системы лечения и ухода. Анализ, показавший высокую эффективность и результативность работы служб охраны психического здоровья по месту жительства (Knapp et al., 1994), может быть использован для обоснования решения о переводе служб охраны психического здоровья на территориальный уровень. Приоритет в развитии службы в подобном случае должен уделяться выделению ресурсов для подготовки специалистов внебольничных служб по оказанию амбулаторных услуг и услуг в условиях дневного стационара. Цель увеличения количества персонала на местах заключается в повышении качества ведения пациентов на территориальном уровне и за счет этого снижения уровня госпитализации и спроса на услуги клиник. Страны могут принять решения о реинвестировании средств, выделенных на стационарные учреждения, в развитие услуг на первичном и вторичном уровне в условиях программ охраны психического здоровья по месту жительства, например для переподготовки персонала. Принятие подобного решения может зависеть от качества данных, собранных на Этапе А и местного политического, экономического и культурного контекста.

На основании данных заключений можно выработать следующие общие цели и рекомендации по приоритетному развитию услуг в области охраны психического здоровья.

1. Коечный фонд стационаров длительного пребывания должен быть сокращен в течение пятилетнего периода; необходимо провести индивидуальное освидетельствование пациентов, находящихся в стационарах длительного содержания, на предмет их возможного лечения и ухода по месту жительства.

2. Финансовые средства следует перераспределить от клиник службам охраны психического здоровья по месту жительства. Это позволит использовать средства для посещений на дому больных психическими заболеваниями и осуществить соответствующую подготовку персонала. В дополнение к этому может потребоваться провести подготовку специалистов первичного звена по выявлению и ведению психических расстройств в амбулаторных клиниках и специалистов вторичного звена для оказания поддержки первичному уровню.

3. Вновь выделенные средства должны направляться на развитие стационарного обслуживания по месту жительства.

4. Проблему нехватки персонала по сравнению с установленными потребностями необходимо использовать при проведении просветительско-пропагандистских мероприятий, направленных на улучшение финансирования служб охраны психического здоровья из бюджета общественного здравоохранения.

5. Информационная система охраны психического здоровья должна быть усовершенствована в зависимости от проблем, выявленных в работе существующей информационной службы (например, отсутствие информации о соотношении персонал/коечный фонд с разбивкой по учреждениям острых отделений и стационаров для хронических больных).



Специалистам по планированию и руководителям службы охраны психического здоровья необходимо учитывать различные факторы при проведении оценки возможностей дальнейшего развития службы.

Задача 2. Оценка возможностей

После определения недостатков в работе службы, постановке некоторых общих целей и выработке рекомендаций руководители службы психического здоровья должны провести оценку возможностей для достижения наиболее важных приоритетов в области охраны психического здоровья. Некоторые приоритеты уже были расставлены. Данная задача состоит в том, чтобы расставить подобные приоритеты точнее в свете имеющихся возможностей и финансового обеспечения.

В процессе рассмотрения возможностей дальнейшего развития службы важно учитывать следующие критерии (Green, 1999).

1. Технические, административные и правовые возможности

Первый важный критерий развития службы состоит в том, насколько она будет функционировать так, как это от нее ожидают. Например, имеет ли персонал достаточную подготовку для оказания услуг? Если нет, то необходимо провести подготовку такого персонала. Имеются ли достаточные административные и финансовые возможности у министерства здравоохранения для осуществления намеченного плана? Помимо этого, существует ли необходимая правовая среда, позволяющая проводить планируемые мероприятия? Например, должно быть законодательство относительно риска пребывания в здоровой среде больных, выписанных из судебно-психиатрических отделений.

2. Наличие финансовых средств и ресурсов

Развитие программы или службы охраны психического здоровья становится возможным, только если в наличии имеются источники их финансирования. Важно рассмотреть вопрос наличия финансовых средств и материальных ресурсов службы охраны психического здоровья, включая здания и помещения, персонал, лекарственные средства при проведении оценки возможностей развития службы.

Необходимо оценить стоимость осуществления различных возможностей, например, используя методы, описанные на Этапе В. Если потребуется экономическая оценка стоимости оказания услуг в сравнении с возможным результатом, то можно провести анализ результативности затрат, описанный в Задаче 3 Этапа D.

3. Поддержание устойчивого долгосрочного развития

Любая деятельность может оказаться результативной в краткосрочной перспективе, но не иметь тенденции к устойчивому долгосрочному развитию. При планировании дальнейшего развития услуг руководители службы психического здоровья должны оценить возможности ее устойчивого развития. Например, если финансирование службы полностью зависит от иностранного донора, то необходимо определить, будет ли оказываться донорская помощь в течение длительного времени.

4. Приемлемость услуг

Для осуществления программы необходимо, чтобы ее принимало общество и работники службы психического здоровья, которые будут претворять ее в жизнь. В этой связи консультации со всеми заинтересованными сторонами в процессе оценки дальнейшего развития службы являются жизненно необходимыми. Например, перевод служб охраны психического здоровья на местный уровень частично зависит от желания персонала меняться и развивать новые навыки.

5. Учет побочных последствий

Побочные последствия – вторичные или непрямые последствия осуществления служебного плана. Их необходимо принять во внимание при проведении оценки возможностей. Например, если ожидается, что члены семьи будут оказывать уход за пациентами с тяжелыми психиатрическими состояниями на дому, какие последствия это может иметь для семейного бюджета?



6. Обеспечение равного доступа к услугам

Обеспечению равного доступа к услугам в процессе их развития и распределения необходимо уделить пристальное внимание. Например, если повысить стоимость услуг с целью улучшения финансирования охраны психического здоровья, приведет ли это к ситуации, когда услуги в области психического здоровья окажутся малодоступными для бедных слоев общества?

7. Наличие потенциала для перехода от пилотных проектов к широкомасштабному оказанию услуг

Разработка проектов часто начинается в пилотных областях до того, как охват услугами станет повсеместным. Это полезный и необходимый шаг, однако необходимо проявлять большую осторожность при проведении оценки результатов пилотного проекта. То, что является целесообразным, доступным, приемлемым и результативным на пилотном уровне, может не оказаться таковым в масштабах страны. Факторы, определяющие успех пилотного проекта (как, например, мотивация персонала), должны пройти тщательную оценку на предмет целесообразности их широкомасштабного применения.

8. Общие критерии департамента здравоохранения по оценке возможностей

Руководители служб охраны психического здоровья могут использовать любые имеющиеся критерии или контрольные перечни, разработанные в департаменте здравоохранения для проведения оценки возможностей развития службы. Эти критерии варьируются в зависимости от страны и зависят от процедур и обстоятельств на местах.

9. Покупка услуг и заключение контракта на их оказание

Возможности покупки услуг или заключения контракта на их оказание могут рассматриваться руководителями службы охраны психического здоровья на данной стадии. Заключение контракта может происходить с участием частных коммерческих поставщиков услуг, которые отвечают за конкретные компоненты, например работу стационарного психиатрического отделения. Контрактные услуги могут также оказываться через учреждения общественного здравоохранения, которые имеют свои собственные бюджеты для выполнения данной задачи. См. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*», в котором более подробно описываются контрактные отношения.

Возможности покупки услуг или заключения контракта на их оказание могут быть рассмотрены руководителями службы охраны психического здоровья.



Основные положения. Задача 2: Оценка возможностей

- Специалистам по планированию и руководителям службы охраны психического здоровья необходимо провести оценку возможностей с целью определения наиболее важных приоритетов в области оказания услуг.
- К критериям, определяющим дальнейшее развитие службы, относятся: наличие технических, административных и правовых возможностей; финансовое и ресурсное обеспечение; поддержание устойчивого долгосрочного развития; приемлемость услуг; учет побочных последствий; обеспечение равного доступа к услугам; наличие потенциала для перехода от пилотных проектов к широкомасштабному оказанию услуг; общие критерии департамента здравоохранения по оценке возможностей.
- На данной стадии руководителями службы охраны психического здоровья могут быть рассмотрены возможности покупки услуг или заключения контракта на их оказание.

Задача 2. Пример: Оценка возможностей

В Таблице 17 выводы, сделанные на основе примера Задачи 1, представлены в виде списка и проанализированы на предмет их соответствия критериям оценки возможностей. Галочкой (✓) отмечается, что данное положение соответствует критерию, крестик (×) показывает, что соответствие критерию не отмечается, а вопросительный знак (?) указывает на то, что требуется дальнейшее изучение данного аспекта.

Таблица 17. Оценка возможностей

Возможности	Вероятность	Финансовое обеспечение	Поддержание устойчивого долгосрочного развития	Приемлемость услуг
1. Сокращение коечного фонда в стационарах продолжительного пребывания, выписка пациентов	✓	✓	✓	?
2. Переадресация средств от стационарных учреждений службам охраны психического здоровья по месту жительства (включая подготовку специалистов)	✓	✓	✓	✓
3. Новые средства для осуществления лечения и ухода по месту жительства	✓	?	✓	✓
4. Мотивация для финансирования из общего бюджета здравоохранения	✓	×	?	×
5. Улучшение работы информационной системы	✓	✓	✓	✓

Выводы в таблице указывают на большую вероятность выбора вариантов 2 и 5, наличие некоторых нерешенных вопросов в случае с вариантами 1 и 3 и определенные сложности с выбором варианта 4. Что касается варианта 2, то его выбор будет частично зависеть от выбора варианта 1. В ходе выполнения следующей задачи (Постановка целей) необходимо обсудить практические детали временной синхронизации выполнения данных вариантов.



Учет побочных последствий	Обеспечение равного доступа к услугам	Переход от пилотных проектов к широкомасштабному оказанию услуг	Общие критерии департамента здравоохранения
---------------------------	---------------------------------------	---	---

?	✓	?	✓
---	---	---	---

✓	✓	?	✓
---	---	---	---

✓	✓	✓	✓
---	---	---	---

?	?	✓	✗
---	---	---	---

✓	✓	✓	✓
---	---	---	---



Задача 3. Постановка целей

Цели в области оказания услуг можно устанавливать на основе проведенной оценки возможностей, описанной в предыдущей задаче. Данный процесс должен сопровождаться разработкой конкретных временных графиков выполнения поставленных задач.

- > краткосрочные цели;
- > долгосрочные цели.

К некоторым из возможных целей могут относиться:

- (1) наделение служб охраны психического здоровья новыми функциями и обеспечение необходимыми зданиями и помещениями;
- (2) расширение потенциала существующих служб;
- (3) снижение финансирования низкоприоритетных услуг в пользу более приоритетных;
- (4) разработка предложений по сбору новых данных, необходимых для осуществления следующего цикла планирования (Thornicroft & Tansella, 1999).

Цели устанавливаются в соответствии с конкретными планами по оказанию услуг, в которых содержится детальная информация об ожидаемых затратах, виде услуг и графике выполнения. Уровень детализации зависит от временного периода, необходимого для начала оказания планируемой услуги, как было проиллюстрировано в разделе, посвященном составлению текущего плана (см. Введение). Например, цели долгосрочного развития услуг описаны менее подробно, чем краткосрочные цели.

Плановый документ

Наличие формального планового документа развития услуг в области психического здоровья наряду с бюджетом, выделяемым на его охрану, является важнейшим результатом процесса планирования. После постановки целей необходимо приступить к разработке плана, который может включать:

- > предысторию вопроса (выводы, сделанные в результате проведения анализа ситуации (Этап А) и оценки потребностей (Этап В));
- > цели оказания услуг;
- > стратегии и график осуществления;
- > бюджет.

Данный план должен быть согласован с плановыми документами общегосударственной службы охраны психического здоровья (см. модуль «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*»). Он также должен быть согласован с районными или местными планами развития здравоохранения. Например, план по охране психического здоровья населения может быть одной из глав планового документа, подготовленного районной службой общественного здравоохранения. Аналогичным образом, необходимо иметь согласованность между районными и общегосударственными планами по охране психического здоровья, для того чтобы предложения, содержащиеся в районных планах, являлись бы более весомыми.

Все аспекты, относящиеся к вопросам достижения поставленных целей, обсуждаются на Этапе D.

Цели в области оказания услуг можно устанавливать на основе проведенной оценки возможностей.



Основные положения. Задача 3: Постановка целей

- На основании проведенной оценки возможностей, процесс постановки целей должен сопровождаться разработкой конкретных планов по оказанию услуг, содержащих подробное описание ожидаемых затрат, вида услуг и графика выполнения.
- Цели должны устанавливаться в соответствии с графиком выполнения и могут включать следующие аспекты: наделение служб охраны психического здоровья новыми функциями и обеспечение необходимыми зданиями и помещениями; расширение потенциала существующих служб; снижение финансирования низкоприоритетных услуг в пользу более приоритетных; разработка предложений по сбору новых данных, необходимых для осуществления следующего цикла планирования.
- Необходимо разработать документ, содержащий план оказания услуг в области охраны психического здоровья, который включает: историю вопроса; цели оказания услуг, стратегии и график осуществления; бюджет.
- План по охране психического здоровья на районном или местном уровне должен быть согласован с общегосударственными планами по охране психического здоровья и районными планами здравоохранения.



Задача 3. Пример: Постановка целей

На основе анализа пяти вариантов необходимо поставить конкретные достижимые цели взамен предпочтительных. Несмотря на то, что наиболее предпочтительным кажется вариант 2 (переадресация средств от стационарных учреждений служб охраны психического здоровья по месту жительства), его выполнение зависит от выполнения варианта 1 (сокращение коечного фонда для продолжительного пребывания в течение пяти лет и проведение деинституционализации). Необходимо тщательное планирование, так как средства, высвободившиеся в результате сокращения коечного фонда, могут оказаться минимальными вследствие того, что интенсивность обслуживания данных коек персоналом являлась очень низкой.

Конкретные цели для вариантов 1 и 2 могут включать:

1. Краткосрочные цели (от 1 до 2 лет)

- > Принятие бюджета для варианта 1 (включая возможные двойные текущие затраты на стационары и службы охраны психического здоровья по месту жительства; это означает, что необходимо новое финансирование для создания местных служб охраны психического здоровья (вариант 3)).
- > Индивидуальное освидетельствование пациентов, содержащихся в стационаре в течение длительного времени с целью их выписки для дальнейшего лечения по месту жительства.
- > Начало подготовки специалистов внебольничной психиатрии по проведению реабилитации и осуществлению программ лечения по месту жительства.
- > Начало обучения и подготовки членов семей по вопросам лечения и ухода за лицами с психическими расстройствами.

2. Среднесрочные цели (от 3 до 5 лет)

- > Средства, высвободившиеся после сокращения коечного фонда, направляются на развитие острых отделений (начало выполнения варианта 2).
- > Дальнейшее развитие сети реабилитационных кризисных стационаров и оказание поддержки персоналу.
- > Укрепление связей с членами семей пациентов, местными организациями, оказывающими уход, и народными целителями с целью создания системы низкозатратного ресурсного обеспечения на местном или районном уровне.

По мере продвижения к целям варианта 1 и 2 может возникнуть потребность в проведении повторного анализа, например повторном расчете стоимостных затрат и пересмотре планов в зависимости от развития ситуации, появившимися сложностями или достигнутыми успехами. Постановка целей и внесение в них изменений редко является прямолинейным процессом; следовательно, руководители служб и поставщики услуг должны уметь проявлять гибкость и способность к адаптации в меняющейся ситуации.

Этап D. Достижение поставленных целей

Этап А: Анализ ситуации

Этап В: Оценка потребностей

Этап D: Достижение поставленных целей

Этап С: Постановка целей



Задача 1. Управление бюджетом

Следующая задача состоит в достижении долгосрочных целей, заключающихся в формировании годовых бюджетов. В ходе ее выполнения основное внимание уделяется процессу бюджетирования услуг в секторе общественного здравоохранения. Материалы, относящиеся к вопросу покупки услуг и заключению контракта на их оказание, содержатся в модуле «Финансирование охраны психического здоровья».

Процесс бюджетирования

Нижеописанные стадии ежегодного процесса бюджетирования относятся к управлению защищенным бюджетом охраны психического здоровья. Некоторые элементы финансирования услуг в области психического здоровья интегрированы в систему финансирования общей лечебной сети. Предварительный график выполнения этапов разработки годового бюджета представлен в Таблице 18, где в качестве примера приводится децентрализованная модель оказания услуг. Каждая страна должна разработать свой собственный бюджетный цикл в соответствии со своими финансовыми структурами и системой организации услуг.

Следующая задача состоит в достижении долгосрочных целей, заключающихся в формировании годовых бюджетов.

Странам необходимо адаптировать положения данного раздела в соответствии с собственной бюджетной практикой.

Таблица 18. Пример: Годовой бюджетный цикл

Месяц	Вид деятельности
1	Начало финансового года.
5	МЗ получает от правительства предварительно выделенные средства на следующий финансовый год на определенных условиях.
6	МЗ информирует регионы ^а об объеме выделенных средств на основании показателей предыдущего бюджета.
7	Регионы направляют бюджетные средства в районы на аналогичных условиях.
8 >	Получатели бюджетных средств (например, руководители служб охраны психического здоровья) подготавливают и направляют предложения, которые включают: <ul style="list-style-type: none">> корректировку целей в области оказания услуг в соответствии с планом;> оценку расходов за предыдущий год;> предварительную оценку расходов на текущий год;> причины неполного расходования средств или их перерасхода;> бюджетные предложения на следующий год, включая обоснования соответствия расходов запланированным целям в области оказания услуг.
8	Бюджеты сводятся на региональном уровне и направляются в МЗ.
9	Проведение корректировки бюджета, осуществляемое с целью: <ul style="list-style-type: none">> отражения государственной политики;> его соответствия другим бюджетными предложениями;> отражения ограничений;> приведения в соответствие со средствами, выделенными национальным правительством^б.
9 >	Проведение обсуждений в правительстве ^б .
10	Достижение согласия по откорректированным бюджетам с руководителями служб (включая руководителей служб охраны психического здоровья).
11	Неофициальное одобрение бюджета.
12	Принятие бюджета правительством.
13	Выделение бюджетных средств получателям.

^а Организация процесса бюджетирования и определение регионов и районов может отличаться в зависимости от страны.

^б Или на один уровень выше в административной организации, там, где это применимо.

> Этапы, на которых руководители местной службы охраны психического здоровья должны предпринять определенные действия.

Источник: адаптировано из Green, 1999.



1. Анализ бюджета за предыдущий год

Первая стадия процесса разработки годового бюджета начинается с анализа бюджета за предыдущий год. Анализ обычно начинается до окончания финансового года. Данный анализ является неотъемлемой частью процесса финансового планирования. В ходе анализа необходимо рассмотреть уровни расходов по всем аспектам охраны психического здоровья и проанализировать их выполнение в соответствии с целями, поставленными перед принятием бюджета за предыдущий год.

Таким образом, данный анализ дает возможность провести оценку бюджета на предстоящий год на основании достигнутых бюджетных показателей. В какой степени это возможно, зависит от ряда факторов, включая: (1) четкую разработку целевых показателей за предыдущий год, (2) наличие изменений в бюджетной системе, и (3) точность имеющейся информации. Вопросы, на которые предстоит дать ответ в процессе анализа, приводятся ниже:

- > Будут ли вероятные расходы нового годового бюджета выше или ниже бюджетных расходов за предыдущий год? Если ответ да, то почему?
- > Достигнуты ли поставленные задачи в области охраны психического здоровья? Если нет, что явилось причиной: бюджет, внешние ограничения или плохое руководство? (Green, 1999)

2. Пересмотр целей и задач в области оказания услуг

Цели и задачи в области оказания услуг (разработанные на Этапе С) подлежат пересмотру и корректировке в соответствии с бюджетным планом на предстоящий год. Для этого необходимо провести мероприятия по детальному осуществлению годовых бюджетных планов, предварительно разработанных в рамках скользящего плана.

3. Информирование об объеме выделяемого бюджета

На относительно ранней стадии процесса бюджетирования правительство должно представить информацию о вероятном объеме выделяемых бюджетных средств как для здравоохранения в целом, так и для службы охраны психического здоровья в частности (в тех случаях, когда бюджеты являются отдельными). Если это не произошло, оценка вероятного потолка расходов должна быть сделана на местном или районном уровне. Это должно послужить финансовым сдерживанием роста определенных статей расхода, например ограничением на ожидаемые затраты в области кадровых ресурсов. Также желательно, чтобы другие министерства представили информацию о прогнозируемом уровне инфляции и методах его учета в процессе бюджетирования.

На основании вероятного ресурсного обеспечения министерство здравоохранения определяет потребности на уровне региона и района. При осуществлении данного процесса следует руководствоваться формулой распределения ресурсов и анализом местных потребностей (см. модуль «Финансирование охраны психического здоровья»).

4. Проведение переговоров между различными уровнями

Следующая стадия заключается в проведении переговоров между различными руководителями служб охраны психического здоровья по размерам индивидуальных бюджетов. Для того чтобы переговоры прошли эффективно, руководители служб охраны психического здоровья должны иметь четкое понимание требований, предъявляемых к развитию каждого сектора услуг. Переговоры об установлении определенного паритета между стационарными и местными службами являются особенно важными. Переговоры между различными донорами также важны, так как, например, у служб первичного медицинского звена может не оказаться специального бюджета на оказание услуг в области охраны психического здоровья, а они могут играть важную роль в лечении и уходе за пациентами на местном уровне. Необходимо также предусмотреть выделение бюджетных средств на подготовку специалистов первичного звена в области оказания помощи лицам с психическими расстройствами.

Предложения должны соответствовать поставленным целям и, насколько возможно, способствовать их достижению. Таким образом, процесс бюджетирования тесно связан с процессом планирования. Четыре ключевые элемента, которые должны содержаться в данных предложениях, представлены ниже (Green, 1999).

Анализ бюджета за предыдущий год является первой стадией разработки годового бюджета.

Цели в области оказания услуг подлежат пересмотру и корректировке в соответствии с бюджетным планом на предстоящий год.

Правительство должно представить информацию о вероятном объеме выделяемых бюджетных средств на предстоящий год.

Переговоры по бюджетированию услуг являются неотъемлемой стадией формирования бюджета для руководителей служб охраны психического здоровья.



- > Описание изменений в предоставляемых услугах (например, подготовка работников внебольничной психиатрии) и их ожидаемое влияние на достижение целей, поставленных в служебном плане.
- > Расходы, связанные с использованием людских ресурсов (например, потребность в привлечении большего числа медсестер).
- > Расходы в рамках текущих бюджетов (например, привлечение большего числа медсестер означает увеличение текущих расходов на использование людских ресурсов).
- > Расходы в рамках капитального бюджета или бюджета развития (например, закрытие психиатрической палаты в больнице и открытие реабилитационного учреждения интернатного типа, укомплектованного персоналом, на местном уровне приводит к дополнительным расходам в рамках капитального бюджета).

Важно подчеркнуть, что значительные изменения имеют место не только в случае появления дополнительных ресурсов, но и в случае перераспределения имеющихся средств. Процесс бюджетирования позволяет более открыто обсуждать поступившие предложения.

5. Принятие проекта бюджета

После обсуждений с руководителями служб становится возможным достижение временного соглашения по бюджетным предложениям. Это позволяет подготовить проект бюджета в соответствии с информацией об объеме финансирования, полученной от национального правительства. Гибкость в процессе переговоров значительно варьируется в зависимости от страны.

6. Принятие окончательного варианта бюджета правительством

Последняя стадия включает принятие бюджета правительством (или следующим вышестоящим уровнем) или политическим органом правительства. Это дает полномочия обладателям бюджетных средств выделять финансовые ресурсы в соответствии с согласованным бюджетом.

Задача 1. Пример: Процесс бюджетирования

Для выполнения краткосрочных задач необходимо рассчитать возможные расходы и представить их для бюджетного согласования.

Расходы бюджета в случае выбора варианта 1 (1 год).

- > текущие расходы, связанные с одновременным функционированием стационаров и служб охраны психического здоровья по месту жительства (рассчитываются на основе предыдущего бюджета и расчета стоимости услуг, Этап В, Задача 5);
- > капитальные расходы, связанные с открытием на местах учреждений интернатного типа, укомплектованных персоналом;
- > расходы, связанные с работой клиницистов, проводящих индивидуальное освидетельствование пациентов, пребывающих в стационарах длительного содержания, с целью их выписки для долечивания по месту жительства;
- > стоимость подготовки специалистов служб охраны психического здоровья на местах;
- > стоимость подготовки преподавателей.

Такого типа расходы необходимо рассчитать и представить для бюджетного согласования, исходя из информации о наличии ресурсного обеспечения, представленной правительством. Данные, собранные ранее на этапе планирования, например о лицах, отвечающих за бюджетирование услуг в области психического здоровья и обладающих полномочиями для принятия решений, на этой стадии играют важнейшую роль. В конечном итоге проект бюджета на следующий финансовый год, одобренный правительством, является компромиссом, удовлетворяющим интересы различных сторон, участвующих в переговорах, и отражающим реальности бюджетных ограничений.



Учет и управление финансовой деятельностью

После формирования бюджета необходимо создать системы мониторинга для информирования руководителей служб охраны психического здоровья о расходе бюджетных средств на протяжении всего финансового года (Green, 1999). Должна иметься доступная информация о текущей ситуации и прогнозе исполнения бюджета на конец года. Такая информация важна для осуществления планирования услуг и управления службой охраны психического здоровья. Точность проведения мониторинга зависит от следующих факторов.

- > Понимания **схемы расходования бюджетных средств**, то есть как данные средства планируются использовать в течение финансового года.
- > Наличия **системы бухгалтерского учета**, содержащей информацию об объеме затраченных средств или реальных расходах. Существуют три принципа ведения бухгалтерского учета: метод наличного учета, метод начисления и метод активного учета. Различие между данными тремя принципами зависит от того, в какой момент решение о расходовании средств отражается в системе бухгалтерского учета (Green, 1999).

Составление регулярных финансовых отчетов, как показано в Таблице 19, является одним из способов мониторинга за расходом бюджетных средств. Они позволяют провести сравнение реальных или активных затрат с ожидаемыми затратами в конце каждого месяца. В самой упрощенной форме такие отчеты предполагают, что расходование средств должно осуществляться равномерно в течение 12 месяцев. Например, предполагается, что 25% бюджета будет потрачено в конце третьего месяца. В реальности это маловероятно по следующим причинам: в начале года расходы могут превышать средний уровень; могут иметь место задержки в наборе персонала, что приведет к снижению затрат на людские ресурсы; единицы оборудования часто не приобретаются отдельно и могут быть закуплены только после проведения единовременного паушального платежа (Green, 1999). Если общая картина расходов предсказуема, то более совершенная и точная схема расходования бюджетных средств может быть отслежена путем проведения мониторинга.

Таблица 19. Пример: Месячный финансовый отчет о расходах бюджетных средств

В приводимой таблице представлен финансовый отчет за трехмесячный период. В графе «бюджет» показаны ожидаемые затраты в течение квартала. Предполагается, что объем затрат будет одинаковым в течение каждого месяца (что, конечно, маловероятно); в таких случаях необходимо делать более точные расчеты. В графе «Отклонение» показаны относительные (не реальные) данные по перерасходу средств или их недостаточному использованию. Как и в предыдущих примерах, в данной таблице используется гипотетическая валюта – денежная единица (ДЕ).

Статья расходов	Бюджет	Расходы на указанный период	Бюджет на указанный период	Отклонение (+ ниже, – выше)		Планируемые расходы на конец года	Отклонение
	000 ДЕ	000 ДЕ	000 ДЕ	000 ДЕ	%	000 ДЕ	%
Персонал	120	10 ^a	30	+20	+66	40	+66
Лекарств. средства	80	40 ^b	20	-20	-100	160	-100
Транспорт	40	20 ^c	10	-10	-100	80	-100
Коммунал. услуги	12	1 ^d	3	+2	+66	4	+66
	252	71	63	-8	-13	284	-13

Возможные причины отклонения:

^a В начале года медленно происходит набор персонала на новые должности.

^b Использование складских запасов.

^c Чрезмерные расходы вследствие повышения цен на бензин.

^d Забастовка работников водоканала: счета не поступают.

Источник: Green, 1999.

Эффективные системы учета необходимы для проведения непрерывного мониторинга за расходом бюджетных средств.



Системы мониторинга позволяют выявить отклонения в расходовании бюджетных средств на раннем этапе.

Ценность системы мониторинга состоит в том, что любые отклонения в расходовании бюджетных средств могут быть выявлены на достаточно раннем этапе, что позволит предпринять необходимые меры по корректировке ситуации. Это важно, чтобы убедиться в отсутствии перерасхода бюджета и, что корректировка ситуации происходит в соответствии со служебным планом и не ставит под угрозу достижение целей в области оказания услуг.

Существуют два возможных типа отклонений в расходовании средств по сравнению с запланированным бюджетом, а именно: чрезмерные или недостаточные расходы, которые могут быть вызваны:

- > неправильной первоначальной оценкой;
- > неправильным первоначальным распределением средств между статьями бюджета;
- > незапланированными изменениями в объемах предоставляемых услуг;
- > неожиданным изменением стоимости услуг;
- > снижением уровня эффективности.
(Green, 1999).

Действия, которые могут быть предприняты в ситуациях чрезмерного или недостаточного расходования средств, зависят от конкретной причины. Следовательно, руководителям служб охраны психического здоровья важно понять причину, которая вызвала неправильное расходование бюджетных средств. Желательно, чтобы руководители служб не допускали случаев неэффективного использования средств и избегали незапланированных расходов на разных уровнях деятельности. Если в конце года расходы возрастают, так как необходимо быстро потратить оставшиеся деньги, которые не могут быть перечислены в счет бюджета следующего года, то не рекомендуется принимать новый бюджет, составленный на основании показателей предыдущего, так как предыдущий бюджет показал свою неэффективность.

Необходимо предпринять следующие финансовые меры по исправлению ситуации в случаях чрезмерного или недостаточного расхода средств (Green, 1999):

- (1) постатейный контроль позволяет осуществлять контроль за расходом средств в рамках статей существующего бюджета;
- (2) перераспределение бюджетных средств из одной статьи расходов в другую;
- (3) запрос дополнительных средств у вышестоящего подразделения департамента здравоохранения;
- (4) повышение эффективности способно привести к тому, что на том же самом уровне деятельности то же самое качество и результаты могут быть достигнуты с меньшими ресурсами;
- (5) уменьшение количества уровней деятельности.

Преимущества и недостатки данных методов более подробно описываются Green (1999).

Существуют различные меры по исправлению ситуации в случае чрезмерного или недостаточного расходования средств.

Основные положения. Задача 1: Учет и управление финансовой деятельностью

– Руководители служб охраны психического здоровья должны ознакомиться с процессом бюджетирования и понять свою роль в проведении оценки предыдущего бюджета. Цели в области оказания услуг, разработанные на Этапе С, должны быть использованы в ходе проведения переговоров по принятию бюджета на следующий год.

– Необходимо создать систему управления финансовой деятельностью и учетом с целью осуществления эффективного управления и мониторинга за расходом бюджета службы охраны психического здоровья и статей общего бюджета здравоохранения, относящихся к данной области.

– Системы мониторинга должны выявлять потенциальные случаи чрезмерного или недостаточного расхода средств с целью последующего исправления ситуации на наиболее раннем этапе.



Задача 2. Мониторинг

Так же как мониторинг расхода за бюджетными средствами является неотъемлемой частью финансового планирования, мониторинг услуг служит гарантией выполнения служебных планов. Мониторинг также облегчает процесс пересмотра целей в области оказания услуг и позволяет более эффективно определять дальнейшие направления развития следующего цикла планирования.

Мониторинг должен проводиться на непрерывной основе с использованием информационных систем, которые должны обеспечивать руководителей служб охраны психического здоровья данными о процессе оказания услуг. Более подробно с данным аспектом можно ознакомиться в модуле «Информационные системы по психическому здоровью» (подлежит дальнейшей разработке ВОЗ). Выделение ресурсов, необходимых для проведения мониторинга и пересмотра целей в области оказания услуг, проводимого с использованием информационных систем, должно быть предусмотрено на этапе бюджетирования и планирования услуг.

Мониторинг должен также включать тщательную оценку качества услуг в области охраны психического здоровья. Мониторинг в системе оказания услуг важен не только для снижения затрат, но и для обеспечения приемлемых стандартов лечения (см. модуль «Повышение качества охраны психического здоровья»).

Рассмотрение вопросов непрерывности мониторинга оказания услуг и управления службами охраны психического здоровья

Помимо мониторинга оказания услуг в области охраны психического здоровья, проводимого с использованием информационных систем, необходимо уделить внимание и ряду других вопросов, связанных с непрерывным управлением данными службами.

В целом все три вопроса, приводимых ниже, заслуживают самого серьезного рассмотрения: необходимость развития как материальных, так и нематериальных ресурсов; поддержание оптимального соотношения между клиниками и службами охраны психического здоровья по месту жительства; и поддержание оптимального соотношения между клиническими службами и службами клинического и неклинического обеспечения.

1. Материальные и нематериальные активы

В области управления ресурсами (активами) важно проводить четкое различие между материальными и нематериальными активами (Thornicroft & Tansella, 1999). К материальным активам обычно относятся персонал и здания с оборудованием. Нематериальные активы являются потенциалом для обеспечения эффективной работы службы, и часто им не уделяется должного внимания в процессе планирования услуг. К нематериальным активам относятся хорошие рабочие отношения между представителями специализированных служб охраны здоровья и службами общего профиля, между службами здравоохранения и социальными службами; опыт, квалификация и уровень подготовки персонала; правовая база и политическая система, в рамках которой функционирует конкретная служба и организационная структура, обеспечивающая процесс лечения и ухода (Таблица 20).

Исторически оценка работы психиатрической службы сводилась к подсчету числа имеющихся коек. Данный подход недопустим. Важно, чтобы оценка работы служб охраны психического здоровья, включая их дальнейшее развитие, проводилась на основе учета всех материальных и нематериальных активов.

Мониторинг является важной гарантией выполнения служебных планов и способствует более эффективному пересмотру целей для следующего цикла планирования.

Более подробно информационные системы по психическому здоровью будут представлены в специальном модуле (подлежит дальнейшей разработке ВОЗ).

Для осуществления непрерывного управления службами охраны психического здоровья необходимо уделять внимание различным аспектам.

Развитию нематериальных ресурсов, обеспечивающих эффективную работу службы, необходимо уделять должное внимание.



Таблица 20. Материальные и нематериальные активы: поддержание оптимального соотношения

Материальные активы	Нематериальные активы
Бюджет (на охрану психического здоровья в абсолютных цифрах)	Хорошие рабочие отношения
Персонал	> Психическое и соматическое здоровье
> Численность	> Здоровье и социальные службы
> Распределение	Персонал
> Специализация	> Опыт
Здания и помещения	> Квалификация
Транспорт	> Подготовка
Лекарственные средства	Правовая база и политическая система
Расходные материалы	Организационная структура
Оборудование	Протоколы лечения и руководства
Исследования	Поддержка членов семей, осуществляющих уход за больными
	Затраты на поддержку членов семей, осуществляющих уход

Источник: адаптировано из Thornicroft & Tansella, 1999.

2. Стационары и службы охраны психического здоровья по месту жительства

На местном уровне достижение оптимального соотношения между стационаром и службой охраны психического здоровья по месту жительства является важным аспектом. В экономически развитых странах в течение последних 25 лет наблюдается общая тенденция перераспределения бюджетных средств от психиатрических стационаров службам охраны психического здоровья на местах. В подобных случаях важно, чтобы в течение определенного переходного этапа были бы двойные эксплуатационные расходы до того момента, когда будут созданы службы охраны психического здоровья по месту жительства, и до того периода, когда начнется начисление средств, сэкономленных на сокращении коечного фонда. В странах, где идет процесс деинституционализации, специалисты по планированию услуг в области психического здоровья должны гарантировать получение средств пациентами, чтобы избежать неадекватного лечения по месту жительства и перегрузки сокращенного коечного фонда психиатрических стационаров пациентами с тяжелыми состояниями, которым не оказывается медико-социальная помощь по месту жительства. Существует также опасность, что часть средств бюджета охраны психического здоровья будет израсходована на нужды других секторов здравоохранения. Одно из решений данной проблемы состоит в проведении разъяснительной работы с персоналом первичного звена, включая его подготовку, в ходе которой должна подчеркиваться важность охраны психического здоровья.

Оптимальное соотношение между стационаром и службой охраны психического здоровья по месту жительства важно для управления ресурсами. Сокращение коечного фонда вероятнее всего приведет к сокращению продолжительности пребывания в стационаре (Nielsen & Aagaard, 1998). В свою очередь это может привести к увеличению числа госпитализаций и повышению коэффициента средней занятости койки, то есть синдрому вращающейся двери (Geller, 1992), если на данный момент не будут созданы соответствующие местные службы, способные оказать помощь лицам, выписанным из психиатрического стационара.

3. Клинические службы и службы клинического и неклинического обеспечения

Оптимальное соотношение между клиническими службами и службами клинического и неклинического обеспечения также является важным фактором (Таблица 21) (Thornicroft & Tansella, 1999). Инфраструктура служб охраны психического здоровья, например клиническое и неклиническое обеспечение, часто находится в ведении общей лечебной сети.

В эпоху существования домов для умалишенных все три службы были сконцентрированы в одном месте (Thornicroft & Tansella, 1999). В настоящее время с развитием служб охраны психического здоровья по месту жительства необходима координация их функций на местном или районном уровне, чтобы гарантировать преемственность и приемлемый уровень лечения. Вопросам материально-технического обеспечения необходимо уделять пристальное внимание на стадии планирования.

На местном уровне достижение оптимального соотношения между стационаром и службой охраны психического здоровья по месту жительства является важным аспектом.

Оптимальное соотношение между клиническими службами и службами клинического и неклинического обеспечения является важным фактором.



Таблица 21. Поддержание необходимого соотношения между клиническими службами, службами клинической и неклинической поддержки

Прямые клинические службы	Службы клинической поддержки	Службы неклинической поддержки
Стационарные службы Амбулаторные службы Дневные стационары	Аптечная служба <i>Обеспечение лекарственными средствами, консультативные услуги и поставка препаратов в клинические службы</i>	Информационные технологии и компьютеры <i>Сбор плановых данных, поддержка технического и программного обеспечения</i>
Службы охраны психического здоровья и службы медико-социальной помощи на дому	Патология и лабораторная служба <i>Лабораторная поддержка и проведение анализов для служб охраны психического здоровья</i>	Медицинская отчетность <i>Централизованные архивы историй болезни пациентов</i> Транспортно-грузовая служба
Дома интернатного типа по месту жительства	Рентгенология, электроэнцефалография и нейрофизиология Защита прав пациентов и юридическая поддержка <i>Юридические услуги для пациентов, родственников и персонала по вопросам добровольного лечения, информированного согласия и т. д.</i> Попечение по месту жительства <i>Обеспечение жилищных условий для ускорения выписки</i>	Организация питания Уборщики Инфраструктура и здания Расходные материалы Клинический аудит качества Непрерывное образование Планирование Кадровое обеспечение

Источник: Thornicroft & Tansella, 1999.

Основные положения. Задача 2: Мониторинг

- Мониторинг должен проводиться на непрерывной основе, преимущественно с использованием информационных систем и механизмов контроля качества.
- В ходе рассмотрения вопросов непрерывного управления службой охраны психического здоровья следует учитывать: необходимость развития как материальных, так и нематериальных ресурсов; поддержания оптимального соотношения между стационарами и службами охраны психического здоровья по месту жительства; и поддержания оптимального соотношения между клиническими службами и службами клинического и неклинического обеспечения.



Задача 2. Пример: Мониторинг

Служба охраны психического здоровья по месту жительства должна проводить мониторинг своей деятельности. Некоторые примеры показателей, которые могут быть использованы для этой цели, приводятся в Таблице 22.

Таблица 22. Пример: Показатели мониторинга служб охраны психического здоровья по месту жительства

Показатель	
Наличие мер по улучшению качества	V
Больница, соблюдающая стандарты по повышению качества	X
Учреждения первичного звена, соблюдающие стандарты по повышению качества	V
Дневные стационары, соблюдающие стандарты по повышению качества	V
Число обращений в день на 100 000 человек	33
Количество госпитализаций в год на 100 000 человек	180

V означает что данные показатель достигнут.

X означает, что данный показатель не достигнут.

В дополнение к этому качественные показатели позволяют выявлять высокий уровень морально-психологического истощения персонала и его возможное недовольство недавними переменами в организации службы. Высокий уровень морально-психологического истощения персонала приводит к неэффективной работе службы, сильной текучке кадров, их частой переподготовке и росту долгосрочных расходов. Подобные факты свидетельствуют о необходимости проведения консультаций с персоналом, недовольным своей работой, переподготовки существующих специалистов и подготовке новых специалистов служб охраны психического здоровья на местах, а также введения супервизии и непрерывного профессионального обучения. Может также возникнуть необходимость проведения официальных встреч с представителями семей пациентов, осуществляющих уход, для установления взаимовыгодных отношений сотрудничества.



Задача 3. Оценка

Заключительный этап процесса планирования и бюджетирования услуг в области охраны психического здоровья состоит в оценке работы службы. Выполнение данной задачи завершает цикл планирования и бюджетирования. Оценка позволяет выявить сильные и слабые стороны работы службы и провести бюджетирование будущих услуг.

На данной стадии можно провести оценку различных аспектов оказания услуг. Для данного модуля наибольшую значимость представляют два следующих аспекта:

- (1) результаты лечения;
- (2) экономическая оценка (в основном анализ результативности затрат).

1. Результаты лечения

Цель планирования состоит не только в обеспечении службы охраны психического здоровья необходимыми ресурсами или активами (такими, как бюджет или коечный фонд), но и в достижении эффективных результатов лечения лиц с психическими расстройствами. Увеличение бюджета на охрану психического здоровья не всегда приводит к улучшению качества услуг на местном уровне. Эффективные вмешательства, поддержанные бюджетными средствами, оказывают положительное воздействие на психическое благополучие населения. По этой причине оценка эффективности (результатов лечения) работы служб охраны психического здоровья является важным аспектом планирования услуг.

Результаты лечения – изменения в динамике, заболеваемости и смертности или численности потребителей услуг, обусловленные врачебным вмешательством. Результаты лечения можно оценивать по-разному. В данном модуле не представлено подробное описание процесса проведения оценки. Более подробную информацию по данному аспекту можно найти в модулях «Повышение качества охраны психического здоровья» и «Информационные системы по психическому здоровью» (последний модуль подлежит дальнейшей разработке ВОЗ).

2. Экономическая оценка

Результаты лечения также необходимо оценивать с точки зрения стоимости оказания услуг. Это основная цель проведения экономической оценки. Имеющиеся данные показывают, что многие вмешательства в области охраны психического здоровья являются результативными с точки зрения экономических затрат (Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.). Создание доказательной базы для проведения подобных вмешательств потребует от стран проведения экономической оценки работы служб охраны психического здоровья. Частично это необходимо, чтобы продемонстрировать результативность услуг в области охраны психического здоровья в условиях конкретной страны. Однако экономическая оценка также может стать инструментом планирования при проведении анализа ситуации в области охраны психического здоровья и выработке дальнейших направлений развития.

Получены доказательства, что при определенных обстоятельствах и условиях услуги в области охраны психического здоровья, оказываемые на местах, являются менее затратными и более эффективными по сравнению со стационарным лечением (Knapp et al., 1994). Подобная информация имеет большое значение при принятии решений о выделении средств на охрану психического здоровья в условиях недостаточного ресурсного обеспечения. Решения о развитии служб охраны психического здоровья на местном уровне должны приниматься с учетом информации о менее затратных и более эффективных вмешательствах.

Безусловно, экономическая оценка не может проводиться каждый раз, когда необходимо принять политическое решение или утвердить план развития услуг. Однако в интересах планирования услуг настоятельно рекомендуется проводить сбор информации, необходимой для проведения экономической оценки. Такой информацией могут являться данные анализа результативности затрат, проведенного в другой стране, новые данные, полученные на основании предыдущих исследований или результаты нового информативного анализа наиболее актуальных аспектов работы службы охраны психического здоровья. Умение анализировать и интерпретировать данные экономического анализа, проведенного в других ситуациях, является важным навыком, которому необходимо обучать руководителей служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию.

Цель планирования состоит в улучшении результатов лечения лиц, страдающих психическими расстройствами. По этой причине оценка эффективности работы служб охраны психического здоровья является важным конечным этапом планирования.

Планы по развитию служб охраны психического здоровья по месту жительства должны разрабатываться с учетом информации о менее затратных и более эффективных вмешательствах.

В случае если невозможно провести экономическую оценку на местном или районном уровне, умение анализировать и интерпретировать данные экономического анализа, проведенного в других ситуациях, является важным навыком, которому необходимо обучать руководителей служб охраны психического здоровья и специалистов по планированию.



Общий анализ результативности затрат: инструменты планирования

Для оказания помощи специалистам по планированию ВОЗ разработала общий анализ результативности затрат, который заключается в выборе вмешательств, являющихся наиболее результативными (проект ВОЗ CHOICE). Цель данного проекта заключается в создании региональных баз данных наиболее результативных вмешательств в области охраны психического здоровья, с тем чтобы специалисты по планированию смогли бы выбрать наиболее результативные и наименее затратные виды вмешательства для решения конкретных задач. Общий анализ результативности затрат позволяет проводить сравнение различных видов вмешательства и их стоимость с нулевой гипотезой (отсутствие вмешательства или естественное течение расстройства) (Murray et al., 2000). Метод, предлагаемый в проекте CHOICE, дает возможность специалистам по планированию выбрать виды вмешательства, позволяющих достигнуть наиболее оптимальных результатов лечения населения в рамках существующих ресурсных ограничений. Более подробную информацию можно получить на веб-сайте проекта ВОЗ CHOICE (www.who.int/evidence/cea).

Если местные ресурсы не позволяют провести полную экономическую оценку, необходимо обратить внимание на следующие **общие аспекты**, связанные с анализом результативности планируемых или существующих услуг в области охраны психического здоровья.

- > Учтены ли **все существующие затраты**? Для охраны психического здоровья используются различные ресурсы и активы, поэтому важно, чтобы стоимость каждого компонента была предметом анализа или дискуссии. Социальные затраты включаются в том случае, если их учет является актуальным.
- > Приняты ли во внимание все составляющие **эффективности** или **результативного лечения**? Эффективная система охраны психического здоровья позволяет не только выявлять симптомы заболевания, но и восстанавливать функциональные способности пациентов (например, возвращение на работу) и повышать качество их жизни.
- > Проведен ли **сопоставительный анализ** системы оказания услуг с выбором методов лечения? Например, выбран ли правильный вид вмешательства, позволяющий сделать услуги новой службы по охране психического здоровья результативными?



Экономическая оценка: принципы, методы и этапы

1. Принципы

Два принципа надлежащей практики могут быть использованы при проведении экономической оценки услуг в области охраны психического здоровья (Drummond, 1980; Knapp & Veecham, 1990; Knapp 1995).

1. Всеобъемлемость: охватывает ли экономическая оценка все затраты и аспекты результативности лечения?
2. Сравнение аналогичных компонентов: при сравнении затрат и результатов лечения двух разных видов вмешательства проводится ли сравнение там, где возможно, других аналогичных факторов? (См. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*».)

2. Методы

В принципе существует четыре основных метода экономической оценки, играющих важную роль при планировании услуг в области охраны психического здоровья:

- анализ рентабельности затрат;
- анализ полезности затрат;
- анализ выгоды затрат;
- анализ возмещения затрат.
(Knapp, 1995; Green, 1999; Chisholm et al., 2001).

Для служб охраны психического здоровья первые три метода являются наиболее актуальными. Четвертый метод предполагает, что результаты остаются неизменными, что редко случается в психиатрической практике. Первые три метода позволяют сравнить стоимость вмешательства с результатом или исходом. Они отличаются друг от друга способами измерения результата. Более подробно данные методы описываются в справочной литературе к данному модулю и в модуле «*Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья*» (подлежит дальнейшей разработке ВОЗ).

3. Этапы

Экономическая оценка может быть проведена в несколько этапов (Chisholm et al., 2001; Green, 1999).

1. Определение целей и задач экономической оценки.
2. Выявление альтернативных методов вмешательства с целью их оценки (проект).
3. Расчет стоимости и прогноз вероятного результата лечения (включаются в исследование).
4. Сбор данных для расчета стоимости и определения результата лечения.
5. Сравнение стоимости с результатом.
6. Корректировка данных с учетом рисков, неопределенности и чувствительной природы предмета.
7. Корректировка служебных планов на основании полученных результатов.

Более подробно методы экономической оценки описываются в модуле «*Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья*» (полежит дальнейшей разработке ВОЗ).



Основные положения. Задача 3: Оценка

- Завершающий этап планирования и бюджетирования заключается в проведении оценки услуг. Результаты оценки должны способствовать изменению существующей системы охраны психического здоровья, улучшению процесса бюджетного планирования и оказания услуг.
- Оценка является концептуальным краеугольным камнем планирования услуг в области охраны психического здоровья: цель планирования состоит не только в обеспечении служб охраны психического здоровья необходимыми ресурсами и активами (такими, как минимально необходимый бюджет или минимальная обеспеченность коечным фондом), но и в достижении эффективных результатов лечения лиц с психическими расстройствами.
- Руководителям служб охраны психического здоровья необходимо иметь четкое представление о том, какие медико-социальные вмешательства являются не только эффективными, но и рентабельными.
- Экономическая оценка позволяет руководителям служб и специалистам по планированию получить необходимую информацию о возможной стоимости услуг и результатах лечения.
- Экономическая оценка может включать анализ рентабельности затрат, анализ полезности затрат или анализ выгодности затрат на охрану психического здоровья на местном или районном уровне. Результаты оценки необходимо использовать вместе с другими данными в процессе принятия решений.
- Оценка завершает цикл планирования услуг и способствует постановке целей для бюджетирования и планирования будущих услуг в области охраны психического здоровья.

Задача 3. Пример: Оценка

Службе охраны психического здоровья по месту жительства необходимо проводить оценку результатов лечения. Некоторые примеры показателей, которые могут быть использованы для прогнозирования исхода лечения, приводятся в Таблице 23.

Таблица 23. Показатели оценки результатов лечения

Показатель

Число самоубийств в год на 100 000 человек*

Удовлетворенность услугами

% пациентов, обратившихся за помощью, у которых наблюдается положительная динамика

Качество жизни (инструментарий ВОЗ по оценке качества жизни)

Глобальное функционирование (шкала глобального функционирования)

Уровень рентабельности

* Например, уровень самоубийств в Англии составил в 1990 г. 11 человек на 100 000 человек. Была поставлена цель снижения данного показателя к 2000 г. по крайней мере на 15%, то есть до 9,4 (Министерство здравоохранения Великобритании, 1993 г.).

3. Рекомендации и выводы

В данном модуле представлен системный подход к вопросам планирования и бюджетирования услуг по охране психического здоровья на местном уровне. Процесс планирования и бюджетирования может осуществляться путем проведения оценки существующих услуг в области охраны психического здоровья на местном уровне (включая ресурсы и спрос), анализа потребностей в лечении и уходе с последующей постановкой целей (на основании приоритетов, установленных путем сравнения существующих услуг с потребностями) и оказанием услуг с сохранением непрерывного процесса управления, бюджетирования и оценки.

Данный подход может применяться повсеместно и затрагивать все аспекты охраны психического здоровья, включая укрепление психического здоровья, профилактику психических расстройств, лечение и реабилитацию.

Для наиболее эффективного использования данного модуля странам необходимо адаптировать инструменты планирования в зависимости от сложившихся условий и обстоятельств.

1. Для стран с минимальным набором услуг по охране психического здоровья или их отсутствием данный модуль может стать руководством по проведению оценки существующих услуг и анализу потребностей. После этого могут быть установлены первоначальные приоритеты по обеспечению услугами в рамках существующих бюджетных ограничений. Хотя достижение всех поставленных целей может оказаться невозможным, данный модуль предлагает методологию проведения анализа ситуации, оценки потребностей и постановки целей на первоначальном этапе.

2. Для стран с существующей системой общей лечебной сети, но слаборазвитой системой услуг по охране психического здоровья на местах или их отсутствием данный модуль содержит информацию о конкретных аспектах планирования услуг по охране психического здоровья, с которыми могут быть незнакомы специалисты по планированию услуг, работающие в системе общей лечебной сети. Например, в нем содержатся методические рекомендации по проведению оценки потребностей в услугах по охране психического здоровья. Это позволяет специалистам по планированию устанавливать приоритеты развития служб охраны психического здоровья в рамках существующей инфраструктуры общей лечебной сети.

3. Странам, имеющим потенциал для развития служб охраны психического здоровья, данный модуль позволяет проводить детальную оценку имеющихся ресурсов и потребностей в услугах. Постановка программных целей, бюджетирование и оказание услуг становятся возможными на основании проведенной оценки.

Планирование не всегда является рациональным процессом, и специалисты по планированию услуг могут столкнуться с такими сложностями, как политические разногласия, личная борьба за власть и разные потребности заинтересованных сторон. Процесс реформирования службы может занять определенное время и потребовать политической поддержки, если поставлена задача значительного улучшения качества услуг.

Несмотря на подобные сложности и длительность процесса, цель, заключающаяся в улучшении качества услуг по охране психического здоровья населения, является вполне достижимой. Специалисты по планированию услуг в области охраны психического здоровья обладают уникальными возможностями оказывать влияние на ход процесса лечения и ухода, а также его воздействия на лиц, страдающих психическими расстройствами, и население в целом.

В данном модуле представлен системный подход к вопросам планирования и бюджетирования услуг.

Странам необходимо адаптировать материалы, содержащиеся в данном модуле, в зависимости от сложившихся условий и обстоятельств.

Планирование не всегда является рациональным процессом, и изменение ситуации в области оказания услуг может потребовать определенного времени.

Реформирование службы охраны психического здоровья и улучшение психического благополучия населения являются достижимыми целями. Специалисты по планированию обладают уникальными возможностями оказывать влияние на данный процесс.

4. Препятствия и пути их преодоления

Препятствия	Пути их преодоления
<p>1. Планирование осуществляется иррационально В модуле описывается рациональный процесс осуществления планирования и бюджетирования. Однако события не всегда развиваются по рациональному пути. Имеет место борьба за власть, люди часто не слушают предложения других, а бюрократическая машина всячески противится нововведениям.</p>	<ul style="list-style-type: none">– Одна из задач специалистов по планированию заключается в привнесении рационального подхода в процесс, являющийся дезорганизованным и иррациональным. Следовательно, необходимо, чтобы специалисты по планированию сфокусировали усилия на том, чего они хотят достигнуть на конкретном этапе процесса планирования. Поэтапный подход, описанный в данном модуле, служит хорошей основой для достижения конкретного результата.– Преодоление препятствий, обусловленных борьбой за власть и другими политическими процессами, может занять определенное время, до того как желаемые реформы начнут осуществляться. Необходимо создавать стратегические альянсы, формировать доказательную базу в поддержку конкретного случая и мобилизовать политическую волю. Например, объединяться с организациями, отстаивающими интересы пациентов, с тем чтобы проводить кампаний с требованиями повысить качество услуг в области охраны психического здоровья на местах. В этом случае поддержка со стороны влиятельных лиц в министерстве здравоохранения может оказаться крайне необходимой.– При устранении бюрократических препятствий одна из постоянных функций специалистов по планированию будет заключаться в изменении существующих процедур, с тем чтобы поставленные задачи выполнялись с наименьшими осложнениями, большей эффективностью и минимальными затратами. Там, где возможно, специалисты по планированию должны находить пути изменения бюрократических процедур с целью повышения эффективности и результативности.
<p>2. Нет отдельного бюджета на охрану психического здоровья Услуги в области охраны психического здоровья оказываются на местном уровне, но несмотря на это служба охраны психического здоровья не имеет отдельного бюджета</p>	<ul style="list-style-type: none">– Даже при отсутствии отдельного бюджета можно проводить планирование услуг в области охраны психического здоровья в рамках общего бюджета здравоохранения. На Этапе А, Задача 4, необходимо установить, кто отвечает за выделение средств из общего бюджета здравоохранения, которые могут быть использованы для охраны психического здоровья. Как принимаются подобные решения? На каких основаниях выделяются средства на охрану психического здоровья?– После этого необходимо использовать доказательные данные, собранные в результате проведения оценки потребностей (Этап В), для того чтобы продемонстрировать финансовым органам важность охраны психического здоровья, а также имеющиеся результативные меры вмешательства. Это может способствовать выделению дополнительных средств, необходимых для оказания услуг по охране психического здоровья (в рамках общего бюджета здравоохранения).– Там, где возможно, может оказаться целесообразным оказывать услуги по охране психического здоровья при проведении мероприятий по укреплению общественного здоровья, например при обучении консультирования по ВИЧ/СПИДу.– Там, где возможно, необходимо внести изменения в структуру бюджета; может оказаться целесообразным внести предложение о выделении отдельного бюджета на охрану психического здоровья, по крайней мере, для оказания определенного вида услуг. Это особенно важно для быстрого начала осуществления программы по охране психического здоровья. Это даст возможность получить необходимую информацию на этапе оценки программы, что приведет к более точной оценке компонента психического здоровья и, следовательно, проведению анализа результативности затрат.

3. Недостаточное ресурсное обеспечение услуг в области охраны психического здоровья
Отсутствие финансовых ресурсов, позволяющих расширить услуги в области охраны психического здоровья

- Даже в ситуациях минимального ресурсного обеспечения очень важно проводить анализ существующих услуг (Этап А). Это позволяет выявить области, в которых имеющиеся ресурсы могут быть использованы с большей эффективностью (обеспечение большего набора услуг за ту же стоимость).
- Оценка потребностей (Этап В) также способна выявить области, где могут быть оказаны услуги, даже если бюджет остается неизменным. Это позволяет определить приоритеты, с тем чтобы менее эффективные и устаревшие формы обслуживания могли бы быть заменены современными.
- В случае отсутствия нового финансирования анализ распределения имеющихся ресурсов поможет более эффективно и результативно их использовать.

4. Плохое информационное обеспечение
Отсутствие компьютеров, необходимых для проведения углубленного анализа состояния услуг в области охраны психического здоровья

- Сбор аналитической информации можно проводить и без помощи компьютеров. Важно принять решение о том, какая информация является наиболее актуальной для целей планирования, и можно ли собрать данную информацию в рамках существующей системы? Даже не совсем полная информация, собранная целенаправленно и являющаяся достоверной, представляет большую ценность, чем огромные массивы данных низкого качества, собранные с непонятной целью. Например, очень полезно иметь точные данные о численности персонала в службах охраны психического здоровья, коечном фонде, количестве лиц с психическими расстройствами, обратившихся в амбулаторные учреждения в течение года и количестве госпитализаций в год. Такая информация является основой планирования. Ее можно сопоставить с информацией, собранной при проведении оценки потребностей для постановки целей. Если сбор информации происходит регулярно, то появляется возможность анализировать тенденции в области использования услуг местным населением и вносить соответствующие корректировки в данный процесс.
- Необходимо организовать встречу с лицами, отвечающими за сбор информации в системе общественного здравоохранения, с целью обсуждения (1) возможных путей использования информации, собранной в системе общественного здравоохранения, для планирования услуг в области охраны психического здоровья и (2) способов введения новых данных (относящихся к вопросам охраны психического здоровья) в информационные системы общей лечебной сети. Например, медсестры в учреждениях первичного уровня могут вести ежедневный учет лиц с психическими расстройствами, обращающимися в амбулаторные учреждения.

Приложение 1. Дополнительные примечания по выбранным этапам планирования

1. Вопросы определения интенсивности использования услуг (Этап А)

Thornicroft & Tansella (1999) описали четыре категории данных, позволяющих определить интенсивность использования услуг:

- (1) информация событийного характера, относящаяся к конкретному компоненту услуг (например, количество случаев госпитализации в год);
- (2) информация индивидуального характера, относящаяся к конкретному компоненту услуг (например, ежегодное число различных пациентов, получающих амбулаторные услуги);
- (3) информация индивидуального характера об эпизодах заболевания с начала его возникновения до выздоровления пациента (например, число эпизодов депрессии, пролеченных конкретной службой);
- (4) информация индивидуального характера об эпизодах лечения (например, ежегодное количество или число эпизодов лечения анорексии).

Полезная группировка данных о пользовании услугами может включать информацию о количестве посещений или госпитализаций по источнику или типам услуг, или по типу лечения или эпизодам. Необходимо отделять эпизод заболевания (включая количество событий в течение времени, прошедшего с начала/рецидива заболевания до выздоровления/ремиссии) от эпизода лечения (включая количество событий в определенный период времени), так как первое понятие связано с психическим статусом индивидуума, а второе – с типами лечения, назначаемого в течение определенного периода (Thornicroft & Tansella, 1999).

Данные, относящиеся к типу 1, 2 и 3 (выше), могут использоваться во многих информационных системах, однако данные, относящиеся к типу 4, требуют современных методов обработки, например применения регистра случаев. Рабочая группа ВОЗ определяет регистр психиатрических случаев как ориентированную на пациента продольную запись лиц, получивших набор услуг в области психиатрии, оказанный определенному контингенту населения (Всемирная организация здравоохранения, 1983 г.). Thornicroft & Tansella (1999) рекомендуют использовать регистр случаев как можно чаще. Однако у регистра случаев имеются определенные ограничения: он не должен применяться для сопоставления использования услуг в различные периоды времени; он не всегда учитывает географическую мобильность популяции пациентов, и в него могут не включаться менее тяжелые состояния (Thornicroft & Tansella, 1999).

Ряд исследований показывают, что факторы, определяющие интенсивность использования услуг, могут быть самыми разнообразными. Например, в Канаде к факторам, определяющим интенсивность использования услуг лицами, страдающими расстройствами, вызванными злоупотреблением алкоголя и другими наркотическими веществами, относятся тяжесть заболевания, инвалидность, ощущение страха и предрасположенность или неспособность противостоять чему-либо (Ross, Lin & Cunningham, 1999).

Некоторые исследования позволили вывести показатели интенсивности использования услуг:

- > Повторное исследование, проведенное в одном из медицинских участков Балтимора, с целью выявления интенсивности использования услуг показало, что показатель интенсивности среди афроамериканского и белого населения составил 11,7% в системе общей лечебной сети и специализированных психиатрических учреждениях (Cooper-Patrick et al., 1999).
- > В провинции Онтарио, Канада, низкие показатели интенсивности использования услуг в зависимости от потребностей (психические расстройства, нетрудоспособность и самооценка психического состояния) отмечались среди мужчин, подростков и лиц, проживающих в менее урбанизированной среде (Lin, Chan & Goering, 1998).

2. Вопросы интерпретации эпидемиологических данных (Этап В)

Странам необходимо научиться прогнозировать возможные изменения уровня заболеваемости психическими расстройствами. Например, ожидается, что уровень распространенности деменции в развитых странах практически удвоится к 2016 г. (Bland, 1998). Изменения в возрастном составе населения являются основным фактором распространенности определенных состояний (Häfner, 1985). Такая картина типична не только для западных стран: старение населения Китая идет быстрыми темпами,

и распространенность деменции в КНР приближается к западным показателям (Ineichen, 1998). Ожидается, что к 2020 году униполярные депрессивные расстройства по распространенности займут второе место в мире после ишемической болезни сердца (Murray & Lopez, 1996). Рост распространенности депрессий, особенно среди людей пожилого возраста, отмечается как в развитых странах, таких как Великобритания и США, так и в развивающихся государствах, например в Мексике (Wagner, Gallo & Delva, 1999).

Коморбидность осложняет процесс интерпретации данных, которые необходимы для проведения точной оценки потребностей в услугах. Например, при анализе ситуации с лечением психических расстройств в учреждениях первичного звена, проведенного ВОЗ в 15 странах, было установлено, что 62% пациентов с депрессией, страдали, по крайней мере, еще одним коморбидным психическим расстройством, а первичная причина обращаемости пациентов, в большинстве случаев, не была связана с психологическими проблемами. Большинство больных жаловалось на соматические нарушения (41%), боли (37%), усталость и бессонницу (12%) (Wittchen et al., 1999). В дополнение к этому коморбидность определенных состояний может привести к интенсификации использования услуг. Так, например, Американское национальное исследование проблем коморбидности, проведенное среди лиц с коморбидными состояниями, вызванными психиатрическими расстройствами и расстройствами, связанными со злоупотреблением алкоголем, показало более высокий уровень использования услуг среди коморбидных пациентов, чем среди лиц, страдающих только от психиатрических расстройств или только от расстройств, вызванных алкогольной зависимостью (Wu, Kouzis & Leaf, 1999). Еще одна сложность заключается в том, что использование услуг варьируется в зависимости от конкретного диагноза (Bijl & Ravelli, 2000). Например, лица, страдающие от алкогольной зависимости (Teesson et al., 2000) и агорафобии, реже прибегают к психической и психиатрической помощи, чем лица с паническим расстройством. Пожилые пациенты с биполярным расстройством обращаются в службы охраны психического здоровья в четыре раза чаще, а уровень госпитализации у таких пациентов в течение шестимесячного периода в четыре раза выше, чем у пожилых лиц с униполярным расстройством (Bartels et al., 2000). Малораспространенные психотические расстройства, показатель распространенности которых в течение месяца может равняться 4 случаям на 1000 человек, представляют серьезную проблему для общественного здравоохранения, так как социальные и терапевтические аспекты ведения подобных состояний требуют применения межсекторального подхода (Jablensky et al., 2000).

3. Популяционные факторы, определяющие интенсификацию использования услуг, более высокую распространенность, заболеваемость, потребность в услугах или отрицательный исход лечения (Этап В)

Популяционные факторы	Источник
Материальная бедность является фактором риска, способствующим отрицательному исходу лечения среди психически больных лиц.	Saraceno & Barbui, 1997
В Англии и Уэльсе к факторам, обуславливающим более интенсивное использование услуг, относятся: безработица; отсутствие автомобиля; холостяцкий или незамужний образ жизни; развод или смерть супруга; постоянная инвалидность; невозможность обеспечить домашний быт; отсутствие постоянного места жительства.	Glover, 1996
В бедных урбанизированных районах северных стран отмечается более высокая распространенность функционального психоза.	Hansson et al., 1998
В Лондоне безработица и Jarman-8 выявили необходимость улучшения ресурсного обеспечения служб в бедных урбанизированных районах.	Harvey et al., 1996
Среди бездомных Лос-Анджелеса был выявлен высокий уровень распространенности психических расстройств и злоупотребления наркотическими веществами, хотя показатели интенсивности использования услуг оставались на низком уровне.	Koegel et al., 1999
У лиц, получающих социальные пособия во Франции, отмечалась более высокая распространенность психиатрических расстройств и более низкий уровень использования услуг в области охраны психического здоровья, часто обусловленный низкой выявляемостью.	Kovess et al., 1999

Среди детей в США распространенность психических состояний, приводящих к инвалидности, чаще встречалась у подростков, мальчиков, детей из семей с низким доходом, семей, где есть только один родитель, и детей со сравнительно низким уровнем образования.	Halfon & Newacheck, 1999
Во Франции рост интенсивности обращений подростков к специалистам по охране психического здоровья вызван наличием сразу нескольких проблем, функциональными соматическими расстройствами, отдельным проживанием родителей, возросшим уровнем консультирования с другими врачами и повышением доверия к учителям и наставникам молодежи.	Gasquet et al., 1999
В США отмечается высокий уровень инвалидизирующих психических заболеваний среди детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа.	Schneiderman et al., 1998
Низкий социально-экономический статус детей и подростков во многом связан с низкой интенсивностью использования и неудовлетворенными потребностями в услугах.	Cunningham & Freiman, 1996
Присутствие общин беженцев может повысить потребность в услугах.	Chow, Jaffee & Choi, 1999
Установлено, что среди ветеранов войны существует более высокая распространенность депрессии и ПТСР, а также отмечается более высокий уровень использования услуг, чем у аналогичных пациентов, обращающихся за частными медицинскими услугами на первичном уровне.	Hankin et al., 1999a
Жертвы психотравм, особенно сексуального насилия, имеют большую вероятность развития депрессии и склонность к злоупотреблению алкоголем.	Hankin et al., 1999b
Этническая принадлежность явилась одним из факторов, влияющим на интенсивность использования услуг (особенно доступности услуг) в общинах Лондона, где синдромы психических расстройств у пациентов негритянского происхождения часто не признавались специалистами общей практики, работающими в системе первичного звена.	Commander et al., 1997
Американские индейцы подвержены более высокому риску психических заболеваний, чем другие этнические группы в США.	King, 1999
Наличие соматического заболевания часто приводит к постановке неправильного диагноза или не позволяет клиницистам, использующим западную методику, распознать серьезную психиатрическую симптоматику среди азиатских меньшинств Северной Америки.	Hsu, 1999

Результаты исследования, приведенные в данной таблице, следует интерпретировать с осторожностью вследствие следующих причин.

> Не существует линейной зависимости между социальной депривацией и потребностью в услугах (Croudace et al., 2000). В действительности в развивающихся странах с высоким уровнем социальной депривации результаты лечения шизофрении оказываются лучше, чем в развитых странах (Sartorius et al., 1996). По этой причине оценку потребностей в услугах на местном уровне следует проводить с осторожностью. Необходимо принимать во внимание различные факторы, включая неудовлетворенные потребности в услугах. Всегда существует опасность, что нехватка знаний о требованиях, предъявляемых к охране психического здоровья, может создать ощущение, что потребность в таких услугах есть у всего населения. Это может привести к ситуации, когда лицам, страдающим наиболее тяжелыми расстройствами, не будет уделяться должного внимания (Mechanic & McAlpine, 1999).

> В странах, где недавно закончилась война или где имеют место тлеющие военные конфликты, может возникнуть необходимость развития служб охраны психического здоровья, специализирующихся в области лечения посттравматических расстройств. Однако создавать данные службы рекомендуется с большой осторожностью, поскольку существуют доказательства, что такие методы вмешательства, как дебрифинг, могут оказаться неприемлемыми и привести к более тяжелым травматическим последствиям среди лиц, переживших ужасы войны, которые выработали свои собственные методы coping для борьбы с психотравматическим дистрессом (Bracken, Giller & Kabaganda, 1992).

Приложение 2. Пример с описанием ситуации в конкретной стране

Применение поэтапного метода, используя данные Чили

В Чили новый план оказания психиатрической помощи был разработан в 1999 г. и вступил в действие в 2000 г. (Minoletti, личная переписка, 2002 г.). Хотя приводимые данные характеризуют ситуацию в стране в целом, а не в конкретном районе, они служат иллюстрацией применения поэтапного метода. Прежде всего, они являются наглядным примером того, как следует использовать мнение экспертов в дополнение к эпидемиологическим данным для проведения оценки потребностей и планирования соответствующих услуг.

Этап А. Анализ ситуации

- > Лицам, составляющим 62% населения и нуждающимся в услугах, расходы на медицинское обслуживание оплачиваются из средств фонда медицинского страхования (обязательные отчисления составляют 7% фонда заработной платы и налоговых поступлений). Эти люди принадлежат к нижней социально-экономической категории (около 9 000 000 человек).
- > Ответственность за планирование и бюджетирование услуг в области охраны психического здоровья лежит на специалистах Министерства здравоохранения, курирующих данные вопросы в министерстве, и на специалистах 28 районов обслуживания, проводящих консультации с основными заинтересованными сторонами.
- > Однако только 30% бюджета охраны психического здоровья полностью контролируется данными специалистами. Остальные 70% интегрированы в общий бюджет здравоохранения и предназначаются в основном для больниц общего профиля и психиатрических больниц.
- > Некоторые показатели ресурсного обеспечения служб охраны психического здоровья в 1999 г. представлены в Рамке 1.

Рамка 1. Ресурсное обеспечение служб охраны психического здоровья и потребности в ресурсах, Чили, 1999 г.

Показатели	Текущие услуги (на 10 000 человек)	Потребности (на 10 000 человек)
1. Психологи служб первичного звена	0,13	1,50
2. Психиатры	0,46	0,60
3. Места в дневных стационарах	0,13	0,7–1
4. Острые психиатрические отделения в больницах общего профиля	0,37	1,4–2
5. Острые отделения психиатрических больниц	0,62	0
6. Психиатрические койки среднесрочного пребывания	0	0,4
7. Психиатрические койки длительного пребывания	1,88	0
8. Места для реабилитации по месту жительства	0,81	4,21
9. Психиатрические дома интернатного типа	0,22	4,8

Качественные особенности

- > В стране насчитывается более 8000 психологов, готовых работать в системе первичного звена во всех регионах.
- > Психиатры в основном сконцентрированы в 12 крупных городах, что вызывает сложности с обеспечением общественного сектора здравоохранения кадровыми психиатрическими ресурсами в малых и отдаленных городах.
- > Продолжительность пребывания в стационаре пролонгируется во многих случаях вследствие отсутствия жилья для лиц с социальной недостаточностью и эффективного лечения и ухода по месту жительства.
- > Лица, не подлежащие выписке из острых психиатрических отделений, переводятся в палаты длительного пребывания с минимальной обеспеченностью медперсоналом и низким качеством лечения и ухода.
- > Правительство не считает охрану психического здоровья основным приоритетом, однако готово вкладывать средства в реабилитацию людей, страдающих от употребления наркотиков, и судебную психиатрию, благодаря чему лица, пребывающие в тюремном заключении, могут быть оправданы как совершившие правонарушения вследствие психического заболевания.

Этап В. Оценка потребностей

- > В Рамке 2 представлена оценка распространенности психических состояний, борьба с которыми является приоритетной и служит укреплению психического здоровья населения. Данная оценка была сделана на основе эпидемиологических данных, полученных в результате исследований, проведенных в нескольких городах среди населения в целом и студентов в течение последних 10 лет.
- > В Рамке 2 также представлена оценка потребностей в лечении данных состояний, исходя из анализа ситуации в службах первичного звена и специализированных учреждениях. Данная оценка основана на результатах местного исследования интенсивности использования услуг, результатах международного исследования и мнении экспертов.
- > На основании оценки потребностей, приведенной в Рамке 2, расчеты потребностей в ресурсном обеспечении для охраны психического здоровья представлены в виде отдельных показателей в третьем столбце Рамки 1.
- > На основании проведенных расчетов общая стоимость лечения в течение года в соответствии с потребностями, представленными в Рамке 2, составила приблизительно 100 млн. долл. США. Весь бюджет служб охраны психического здоровья в 1999 г., включая расходы на стационарную психиатрическую помощь, составил всего 25 млн. долл. США.

Рамка 2. Приоритеты в области охраны психического здоровья в Чили: оценка распространенности и потребностей в услугах, основанная на мнении экспертов, 1999 г.

Приоритеты программы	Распространенность (× 1000)	Потребность в услугах на уровне первичного звена (× 1000)	Потребность в специализированных услугах (× 1000)
Укрепление психического здоровья и профилактика расстройств		100	10
Жестокое обращение с детьми	500	50	10
Жестокое обращение с женщинами	336	60	12
Жертвы политических репрессий	53	0	5
Синдром дефицита внимания и гиперактивности	62	12	2
Депрессия	75	30	6
Шизофрения	5	1	2
Злоупотребление алкоголем и наркотиками	150	15	5
Деменция	100	50	6

Этап С. Постановка целей

Информация, представленная в Рамке 1, позволила специалистам по планированию выявить основные проблемы и поставить следующие цели.

1. Начать лечение депрессивных состояний в системе первичного медико-санитарного звена для чего потребуется улучшить систему обеспечения лекарственными средствами, подготовить соответствующий персонал и привлечь к работе психологов.
2. Увеличить число мест в дневных стационарах, реабилитационных программах по месту жительства (центры дневного пребывания и клубные дома) и психиатрических домах интернатного типа для сокращения количества пациентов, находящихся в палатах длительного пребывания, и уменьшения времени пребывания в острых отделениях.
3. Предоставить койки среднесрочного пребывания для интенсивной терапии лиц с психическими расстройствами или тяжелой формой инвалидности, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях.

Этап D. Достижение поставленных целей

- > Бюджет на охрану психического здоровья увеличился на 7% в 2000 и 2001 гг., что позволило инвестировать средства для достижения первых двух целей.
- > Оценка первых двух лет осуществления плана представлена в Рамке 3. Программа по лечению депрессивных состояний охватила 71 центр первичной медицинской помощи; в ней приняли участие 16 000 человек. Двадцать восемь дневных стационаров, большое число психиатрических домов интернатного типа, а также клубов бывших пациентов было открыто по всей стране.
- > Навыки лечения депрессий у медицинских работников первичного звена оказались лучше, чем ожидалось. Только 7% пациентов было направлено к специалистам узкого профиля, между тем как изначально было высказано предположение, что количество направлений составит 20%.
- > Оценка психиатрических домов интернатного типа показала, что люди, проживающие в них, содержатся в более приемлемых условиях и имеют более высокий уровень жизни, чем лица, находящиеся в палатах длительного пребывания психиатрических больниц.

Рамка 3. Оценка национального плана охраны психического здоровья и оказания психиатрической помощи, Чили, декабрь 2001 г.

Показатели	Услуги в 1999 г. (на 10 000 человек)	Услуги в 2001 г. (на 10 000 человек)
1. Психологи в системе первичного звена	0,13	0,27
2. Психиатры	0,46	0,48
3. Места в дневных стационарах	0,13	0,60
4. Острые отделения в больницах общего профиля	0,37	0,38
5. Острые отделения в психиатрических больницах	0,62	0,55
6. Психиатрические койки среднесрочного пребывания	0	0,08
7. Психиатрические койки длительного пребывания	1,88	1,30
8. Места в программах внебольничной реабилитации	0,81	1,76
9. Места в психиатрических домах интернатного типа	0,22	0,50

Качественные изменения

- > Психологи были интегрированы в систему первичного звена с целью оказания поддержки врачам первичной медико-санитарной помощи в лечении лиц, страдающих депрессией.
- > Продолжительность пребывания в стационаре была сокращена благодаря помощи, оказываемой дневными стационарами и реабилитационными программами по месту жительства.
- > Психиатрические больницы выделили специальное время для психиатров и других специалистов, с тем чтобы они смогли сформировать бригады по охране психического здоровья и регулярно (по крайней мере, один раз в месяц) посещать медицинские учреждения первичного звена для осмотра пациентов и консультирования медицинских специалистов общего профиля.
- > Два отделения среднесрочного пребывания (на 74 места) были открыты в одной из психиатрических больниц с интенсивными фармакологическими и психосоциальными видами вмешательств (финансируются из бюджета больницы).
- > Правительство выделило средства исключительно на борьбу с наркоманией и судебную психиатрию, но было убеждено, что для решения обеих проблем требуется дальнейшее развитие служб охраны психического здоровья.

Основные определения

Определения терминов

Спрос / Общая потребность населения в услугах по охране психического здоровья, обычно выраженная показателем интенсивности использования услуг.

Эффект масштаба / Пропорциональное снижение издержек производства на единицу продукции за счет увеличения объема производства.

Эпидемиология / Исследование о распределении, частоте новых случаев, распространенности и продолжительности заболевания (Kaplan et al., 1994).

Эквивалент полной занятости / Эквивалент полной занятости работника службы охраны психического здоровья. Если медработник общей лечебной сети затрачивает 20% своего времени на оказание услуг по охране психического здоровья (включая время на осмотр пациентов, выписку направлений, заполнение истории болезни и консультации с коллегами), то его или ее интенсивность труда составит 0,2 эквивалента полной занятости работника службы охраны психического здоровья. Потребуется пять работников общей лечебной сети, чтобы их труд равнялся одному эквиваленту полной занятости работника службы охраны психического здоровья.

Активы / Ресурсы, вложенные в систему охраны психического здоровья. Термины «активы» и «ресурсы» в данном модуле являются взаимозаменяемыми.

Интегрированная служба охраны здоровья / Общая лечебная сеть, в которой служба охраны психического здоровья является только одним из компонентов оказания медицинских услуг. В этом смысле служба охраны психического здоровья считается интегрированной в инфраструктуру системы общественного здравоохранения.

Потребности / Потребности населения в услугах по охране психического здоровья, установленные на основании эпидемиологических данных, например распространенности психических расстройств и частоты новых случаев на местах.

Результат лечения / Изменения в динамике состояния пациента, смертности и заболеваемости целевого контингента, возникшие в результате предпринятых мер вмешательства.

Процесс / Метод оказания услуг в области охраны психического здоровья, например деятельность, направленная на оказание психической и психиатрической помощи (Thornicroft & Tansella, 1999), включая использование ресурсов.

Выделение ресурсов / Ресурсное обеспечение и распределение ресурсов.

Ресурсы / Элементы, необходимые для нормального функционирования службы охраны психического здоровья, например больничные койки, здания и оборудование, медицинский персонал (людские ресурсы), лекарственные средства и средства транспорта.

Использование услуг / Использование схем лечения и услуг отдельными лицами или населением.

Основные определения

Определения сервисных показателей

Показатели	Определения	Формулы расчета
Соотношение коечный фонд/население	Число коек на единицу населения, например на 100 000 чел.	$(\text{Коечный фонд} \div \text{население}) \times 100\,000$
Соотношение персонал/население	Численность персонала на единицу населения, например на 100 000 чел.	$(\text{Персонал} \div \text{население}) \times 100\,000$
Соотношение персонал/пациент	Численность персонала на одного пациента	$\text{Персонал} \div \text{кол-во пациентов}$
Соотношение персонал/коечный фонд	Численность персонала на одно койко-место	$\text{Персонал} \div \text{число коек}$
Соотношение персонал/число обращений в день	Численность персонала, обслуживающего определенное количество амбулаторных пациентов в день	$\text{Персонал} \div \text{число обращений в день}$
Годовой уровень госпитализации	Число госпитализаций в год на единицу населения, например на 100 000 чел.	$(\text{Число госпитализаций в год} \div \text{население}) \times 100\,000$
Средняя занятость койки	Процент коек, занятых в течение определенного времени, например в течение дня	$(\text{Число коек, занятых в течение дня} \div \text{число имеющихся коек}) \times 100$
Средняя продолжительность госпитализации или средняя продолжительность пребывания в стационаре	Среднее кол-во дней, которое пациент проводит в условиях стационара	<i>Среднее число дней госпитализации</i>
Годовой уровень обращаемости в амбулаторные службы	Число обращений в год на единицу населения, например число обращений в год на 100 000 чел.	$(\text{Число обращений в год} \div \text{население}) \times 100\,000$
Число обращений в день	Кол-во пациентов, обратившихся в амбулаторные службы в течение дня	<i>Общее число обращений в год + число рабочих дней в году или среднее число обращений пациентов (в течение рабочего дня)</i>
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные службы (персонал)	Численность персонала службы охраны психического здоровья по месту жительства по сравнению с медицинским персоналом в целом, выраженная в процентах	$(\text{Персонал общинной службы} \div (\text{персонал общинной службы} + \text{персонал стационаров})) \times 100$
Соотношение службы охраны психического здоровья на местах/ стационарные услуги (использование услуг)	Число амбулаторных обращений по сравнению с общим кол-вом контактов (обращения плюс случаи госпитализации), выраженное в процентах	$(\text{Число обращений в год} \div (\text{число обращений в год} + \text{число госпитализаций в год})) \times 100$

Библиография

1. Andrade L et al. (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316-25.
2. Andres MA, Catala MA, Gomez-Beneyto M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 175-9.
3. Andrews G. (2000) Meeting the unmet need with disease management. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 11-36.
4. Andrews G, Henderson S. (2000) *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Barlow A, Walkup JT. (1998) Developing mental health services for Native American children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7:555-77, ix.
6. Bartels SJ et al. (2000) Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8:160-6.
7. Bebbington PE, Marsden L, Brewin CR. (1997) The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychological Medicine* 27:821-34.
8. Bijl RV, Ravelli A. (2000) Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health* 90:602-7.
9. Bland RC. (1998) Psychiatry and the burden of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 43:801-10.
10. Bracken PJ, Giller JE, Kabaganda S. (1992) Helping victims of violence in Uganda. *Medicine and War* 8:155-63.
11. Canino G et al. (1997) The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *Puerto Rico Health Science Journal* 16:117-24.
12. Central Statistical Services. (1997) *Statistics in brief: RSA*. Pretoria: Central Statistical Services.
13. Chaudhry MR. (1987) Rehabilitation of chronic schizophrenics in a developing country. *International Disability Studies* 9:129-31.
14. Chester B, Mahalish P, Davis J. (1999) Mental health needs assessment of off-reservation American Indian people in northern Arizona. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:25-40.
15. Chisholm D et al. (2001) Guidelines for economic analysis of community mental health care programs in low-income countries. In: Institute of Medicine. *Neurological, psychiatric and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world*. Washington DC: National Academy Press.
16. Chow JC, Jaffee KD, Choi DY. (1999) Use of public mental health services by Russian refugees. *Psychiatric Services* 50:936-40.
17. Cole SA et al. (1995) A model curriculum for mental disorders and behavioral problems in primary care. *General Hospital Psychiatry* 17:13-8.

18. Commander MJ et al. (1997) Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *British Journal of Psychiatry* 170:317-20.
19. Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia. (1998) *Second National Mental Health Plan*. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services.
20. Cooper-Patrick L et al. (1999) Mental health service utilization by African Americans and Whites: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up. *Medical Care* 37:1034-45.
21. Creese AL, Parker D. (1994) *Cost analysis of primary health care: a training manual for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
22. Croudace TJ, et al. (2000) Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychological Medicine* 30:177-85.
23. Cunningham PJ, Freiman MP. (1996) Determinants of ambulatory mental health services use for school-age children and adolescents. *Health Services Research* 31:409-27.
24. De Jong JTVM. (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine* 26:97-108.
25. Department of Health, UK. (1993) *The health of the nation. Key area handbook. Mental illness*. London: Department of Health.
26. Drummond MF. (1980) *Principles of economic appraisal in health care*. Oxford: Oxford University Press.
27. Evaneshko V. (1999) Mental health needs assessment of Tucson's urban Native American population. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:41-61.
28. Faulkner LR, Goldman CR. (1997) Estimating psychiatric manpower requirements based on patients' needs. *Psychiatric Services* 48:666-70.
29. Flisher AJ et al. (1998) Norms and standards for psychiatric care in South Africa: *A report submitted to the Department of Health, Republic of South Africa*. Cape Town: Department of Psychiatry, University of Cape Town.
30. Flisher AJ et al. (2000) Risk behavior in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39:881-7.
31. Gasquet I et al. (1999) Consultation of mental health professionals by French adolescents with probable psychiatric problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:126-34.
32. Geller JL. (1992) A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the «revolving door». *American Journal of Psychiatry* 149:1526-33.
33. Glover G. (1996) Health service indicators for mental health. In: Thornicroft G, Strathdee G, eds. *Commissioning mental health services*. London: Her Majesty's Stationery Office. p. 311-8.
34. Goldberg D, Gater R. (1996) Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice* 46: 483-5.
35. Green A. (1999) *An introduction to health planning in developing countries*. (Second edition.) Oxford: Oxford University Press.

36. Häfner H. (1985) Are mental disorders increasing over time? *Psychopathology* 18:66-81.
37. Halfon N, Newacheck PW. (1999) Prevalence and impact of parent-reported disabling mental health conditions among U.S. children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38:600-9.
38. Hankin CS et al. (1999a) Mental disorders and mental health treatment among U.S. Department of Veterans Affairs outpatients: the Veterans Health Study. *American Journal of Psychiatry* 156:1924-30.
39. Hankin CS et al. (1999b) Prevalence of depressive and alcohol abuse symptoms among women VA outpatients who report experiencing sexual assault while in the military. *Journal of Trauma and Stress* 12:601-12.
40. Hansson L et al. (1998) The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97:315-20.
41. Harvey CA et al. (1996) The Camden schizophrenia surveys. II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationship to socio-demographic factors. *British Journal of Psychiatry* 168:418-26.
42. Henderson S, Andrews G, Hall W. (2000) Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:197-205.
43. Hickling FW. (1994) Community psychiatry and deinstitutionalisation in Jamaica. *Hospital and Community Psychiatry* 45:1122-6.
44. Hsu SI. (1999) Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally shaped illness behaviour. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore* 28:841-5.
45. Ineichen B. (1998) Influences on the care of demented elderly people in the People's Republic of China. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13:122-6.
46. Ivey SL, Scheffler R, Zazzali JL. (1998) Supply dynamics of the mental health workforce: implications for health policy. *Milbank Quarterly* 76:25-58.
47. Jablensky A et al. (2000) Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:221-36.
48. Jegede RO, Williams AO, Sijuwola AO. (1985) Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Nigeria. *Hospital and Community Psychiatry* 36:658-61.
49. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J. (1994) *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences clinical psychiatry*. (Seventh edition). Baltimore: Williams and Wilkins.
50. Kessler RC. (1999) The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions – the NAPE Lecture 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99:2-9.
51. Kessler RC et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51:8-19.
52. Kilonzo GP, Simmons N. (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine* 47:419-28.
53. King J. (1999) Denver American Indian mental health needs survey. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 8:1-12.

54. Kleinman A. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
55. Knapp M. (1995) *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena.
56. Knapp M, Beecham J. (1990) Costing mental health services. *Psychological Medicine* 20:893-908.
57. 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.
58. Koegel P et al. (1999) Utilization of mental health and substance abuse services among homeless adults in Los Angeles. *Medical Care* 37:306-17.
59. Kovess V et al. (1999) Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34:588-94.
60. Lelliot P, Wing JK. (1994) A national audit of new long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 165:170-8.
61. Lesage AD. (1999) Canada. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 201-5.
62. Lin E, Chan B, Goering P. (1998) Variations in mental health needs and fee-for-service reimbursement for physicians in Ontario. *Psychiatric Services* 49:1445-51.
63. Lund C et al. (1998) Facing the absolute need: norms and standards for severe psychiatric conditions in South Africa. *South African Medical Journal* 88:1480-1.
64. Lund C, Swartz L. (1998) Xhosa-speaking schizophrenic patients' experience of their condition: psychosis and amafufunyana. *South African Journal of Psychology* 28:62-70.
65. McCubbin M, Cohen D. (1996) Extremely unbalanced: interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 19:1-25.
66. Mechanic D, McAlpine DD. (1999) Mission unfulfilled: potholes on the road to mental health parity. *Health Affairs (Millwood.)* 18:7-21.
67. Ministry of Health, Mental Health Unit, Chile. (2000) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatria [National Mental Health and Psychiatry Plan]*. Santiago: Mental Health Unit, Ministry of Health. In Spanish.
68. Murray CJL et al. (2000) Development of WHO guidelines on generalised cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9:235-51.
69. 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.
70. Nielsen T, Aagaard J. (1998) Variationer i hospitalsbaseret almenpsykiatrisk service mellem Aalborg og Århus: en registerbaseret tiårsundersøgelse [Variations in hospital based psychiatric service between Aalborg and Aarhus: a registry-based 10-year investigation]. *Ugeskrift for Læger* 160:5339-44. In Danish.
71. Orley J. (2000) *Demonstration project for Ghana: developing integrated community based mental health programmes*. Geneva: World Health Organization (unpublished report for Nations for Mental Health).

72. Parry CDH. (1996) A review of psychiatric epidemiology in Africa: strategies for increasing validity when using instruments transculturally. *Transcultural Psychiatric Research Review* 33:173-88.
73. Patel V. (2000) Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low-income countries. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 363-77.
74. 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.
75. Rispel L, Price M, Cabral J. (1996) *Confronting need and affordability: Guidelines for primary health care services in South Africa*. Johannesburg: Centre for Health Policy.
76. Rosen A. (1999) Australia. From colonial rivalries to a national mental health strategy. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 177-200.
77. Ross HE, Lin E, Cunningham J. (1999) Mental health service use: a comparison of treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry* 44:570-7.
78. Rouse LW, Toprac MG, MacCabe NA. (1998) The development of a statewide continuous evaluation system for the Texas Children's Mental Health Plan: a total quality management approach. *Journal of Behavioural Health Services and Research* 25:194-207.
79. Saraceno B, Barbui, C. (1997) Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 42:285-90.
80. Sartorius N et al. (1996) Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31:249-58.
81. Sawyer MG et al. (2000) The National Survey of Mental Health and Wellbeing: the child and adolescent component. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:214-20.
82. Schneiderman M et al. (1998) Mental health services for children in out-of-home care. *Child Welfare* 77:29-40.
83. Scottish Office. (1997) *A framework for mental health services in Scotland*. Edinburgh: Scottish Office.
84. Shaffer D et al. (1996) The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rate, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35:865-77.
85. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine* 48:1029-46.
86. Teesson M et al. (2000) Alcohol- and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:206-13.
87. Thornicroft G, De Salvia G, Tansella M. (1993) Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilisation in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychological Medicine* 23:487-96.
88. Thornicroft G, Tansella M. (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

89. Üstün TB, Sartorius N. (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons.
90. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. (1999) Depresión en la edad avanzada: problema oculto de salud pública para México? Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública México* 41:189-202.
91. Warner R, Huxley P, Berg T. (1999) An evaluation of the impact of clubhouse membership on quality of life and treatment utilization. *International Journal of Social Psychiatry* 45:310-20.
92. Watters C. (2002) Migration and mental health in Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28:153-72.
93. Wittchen HU et al. (1999) Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (Suppl. 7):29-36.
94. World Health Organization. (1983) *Psychiatric case registers. Report of a working group (5-6/5/1983)*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
95. World Health Organization. (1993) *Essential drugs in psychiatry*. Geneva: World Health Organization.
96. World Health Organization. (1996) *Public mental health guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneva: World Health Organization.
97. World Health Organization. (2000a) *Making a difference in Mongolian mental health: the nations for mental health project of the WHO to reorient mental health in Mongolia, 1997–2000*. Geneva: World Health Organization.
98. World Health Organization. (2000b) *Nations for Mental Health Demonstration Project: Republic of the Marshall Islands suicide prevention and mental health promotion*. Geneva: World Health Organization.
99. Всемирная организация здравоохранения (2001 г.) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.
100. Wu LT, Kouzis AC, Leaf PJ. (1999) Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 156:1230-6.

ISBN 92 4 454596 6



9 789244 545966