

Концептуальная записка

Экспертный комитет ВПА

Кризис в украинской психиатрии

июнь 2020 г.

Проф. Эка Чкония (Грузия) – Председатель
Проф. Филипп Делеспаул (Нидерланды)
Проф. Арунас Германавичюс (Литва)
Г-н Роб Кёйкенс (Нидерланды)
Проф. Игорь Куценок (США)
Др. Марианне Шульце (Австрия)
Проф. Норберт Скокаускас (Норвегия)
Проф. Роберт ван Ворен (Литва)

Наблюдательный совет:

Проф. Хелен Херрман (Австралия), Президент ВПА
Проф. Афзал Джавед (Великобритания), Избранный президент
ВПА
Проф. Norman Sartorius (Швейцария)
Проф. Сэр Грэм Торникрофт (Великобритания)

Основные положения

Серьезные политические изменения и начало пандемии COVID-19 в начале апреля 2020 года привели к гуманитарному кризису в системе охраны психического здоровья в Украине. Сокращение средств на стационарное лечение до того, как была завершена подготовка к созданию новых служб охраны психического здоровья по месту жительства, обеспечивающих перевод персонала в такие службы, привело к увольнению персонала и преждевременной выписке пациентов, подвергая опасности жизнь этих пациентов. Кризис в системе охраны психического здоровья усугубился и на фоне пандемии COVID-19, которая поразила Украину почти в то же самое время.

Пациенты и их семьи пребывают в отчаянии, в течение шести недель с начала кризиса были зарегистрированы первые смертельные случаи среди пациентов после их выписки. Планирование политики в сфере создания новых служб охраны психического здоровья по месту жительства развивалось полным ходом, однако не было согласовано с политикой распределения ресурсов, что привело к увольнениям персонала и выписке пациентов.

Существует проект Национального плана действий в сфере охраны психического здоровья, разработанный рабочей группой Министерства здравоохранения, однако его детали еще не полностью раскрыты и не согласованы с украинскими психиатрами. Экспертный комитет ВПА изучил ранний вариант этого документа. Комитет стремится поддержать идею реформы институциональной системы охраны психического здоровья и тщательно спланированного перехода к новой системе ухода. Комитет рекомендует использовать последнюю версию этого документа в качестве основы для его дальнейшего обсуждения психиатрами, а также другими заинтересованными сторонами, сохраняя оптимально разработанные в нем элементы.

Экспертный комитет ВПА рекомендует:

1. Осуществить проект Национального плана действий в области охраны психического здоровья, доработанный межведомственной рабочей группой, в состав которой войдут представители других профильных министерств, таких как Министерство социальной политики и Министерство образования, а также профессиональных ассоциаций, связанных с психическим здоровьем, и пользователи услуг.
2. Применить принцип двойного финансирования: а) обеспечить адекватные ресурсы для стационарного ухода (возможно, с увеличением финансирования во время фактического перехода к системе новых услуг, оказываемых по месту жительства) и б) обеспечить ресурсы на развитие новых служб по охране психического здоровья по месту жительства.
3. Наладить регулярный процесс консультаций между Министерством здравоохранения и профессиональными психиатрическими ассоциациями.
4. Создать программы профессиональной подготовки инструкторов по применению междисциплинарного подхода в службах охраны психического здоровья по месту жительства в поддержку процесса деинституционализации.
5. Соблюдать международные стандарты в области психического здоровья (УНП ООН, Конвенция о правах инвалидов (КПИ) ООН), а также рекомендации Украине (КПИ, КЭСКП, КПП, ЕСПЧ)¹ по получению финансирования.

¹ Заключительные замечания КПИ, **CRPD/C/UKR/CO/1 (2015)**; заключительные замечания КЭСКП Е/С. 12/UKR/CO / 7 (2020); а также различные решения Европейского суда по правам человека, например, дело «Кучерук против Украины», «Анатолий Руденко против Украины», «Горшков против Украины».

I. Введение

6 мая 2020 года Ассоциация психиатров Украины (АПУ) обратилась во Всемирную психиатрическую ассоциацию (ВПА) с просьбой о содействии в преодолении кризиса, вызванного неадекватным применением новых правил финансирования системы охраны психического здоровья на фоне пандемии COVID. Многие психиатрические службы в стране подверглись серьезному недофинансированию, что привело к быстрой и незапланированной выписке пациентов, увольнению большого числа сотрудников и закрытию отделений в больницах. Примерно в то же время Ассоциация неврологов, психиатров и наркологов Украины обратилась к ВПА с аналогичной просьбой.

ВПА решила положительно ответить на запрос обеих украинских психиатрических ассоциаций и распорядилась создать международный экспертный комитет для разработки в сотрудничестве с Ассоциацией психиатров Украины и Ассоциацией неврологов, психиатров и наркологов Украины рекомендаций по: (1) реагированию на текущую чрезвычайную ситуацию и (2) разработке и осуществлению Национального плана действий в сфере охраны психического здоровья. Экспертный комитет был создан в сотрудничестве с международным обществом «Федерация Глобальная инициатива в психиатрии». Задача экспертного комитета состояла в том, чтобы проанализировать ситуацию в Украине после реализации второго этапа плана реформы здравоохранения и предоставить рекомендации профессиональным ассоциациям в их консультациями с административными органами в отношении того, как справиться с возникшей ситуацией. Данная концептуальная записка является результатом деятельности экспертного комитета, члены которого на протяжении всего периода между его формированием и публикацией настоящего доклада работали на добровольных началах. В состав международного экспертного комитета вошли профессионалы, хорошо осведомленные о положении дел в Украине, а также специалисты, принимавшие участие в разработке национальных планов действий в сфере охраны психического здоровья в своих странах и за их пределами. Квалификация каждого из них подробно описана в конце настоящего документа.

В ходе работы над документом международный экспертный комитет оставался на прямой связи с Министерством здравоохранения Украины. Однако роль комитета состояла в том, чтобы содействовать ВПА в оказании поддержки ее двум обществам-членам, предоставив им предложения и инструменты для благоприятного реагирования на выраженное нынешним министром желание восстановить общение с психиатрами и найти взаимоприемлемый выход из текущего кризиса.

В данной концептуальной записке содержатся вышеупомянутые инструменты и предложения, а также краткий анализ нынешнего кризиса и его истоков. Кроме того, в документ включен ряд практических примеров разработки планов реформ в области охраны психического здоровья в странах, имеющих схожие социально-политические условия и сопутствующие проблемы посттоталитарного общества. Комитет хорошо осведомлен о дополнительных сложностях, с которыми в настоящее время сталкивается Украина в силу продолжающегося военного

конфликта и размера ее территории по сравнению с двумя включенными в документ примерами Грузии и Литвы. Однако опыт этих стран может оказаться полезным в разрешении нынешнего кризиса и нахождении возможных вариантов развития на будущее.

Кроме того, на примере Великобритании объясняется и иллюстрируется роль профессиональных психиатрических обществ в разработке и осуществлении политики.

Экспертный комитет консультировался с другими международными партнерами, как правительственными, так и неправительственными, выслушав их мнения о текущей ситуации и выразив при этом явное желание не добавлять еще один голос к уже существующему спектру взглядов и видений, а скорее убедиться в том, что данная концептуальная записка подтверждает и усиливает единое послание, выраженное большинством внешних экспертов.

Кроме того, экспертный комитет считает, что нынешний кризис следует использовать как возможность перестроить нынешнюю структуру финансирования таким образом, чтобы во время создания новых услуг по охране психического здоровья, оказываемых по месту жительства, старая система охраны психического здоровья продолжала функционировать. Вопрос не в том, нужна реформа или нет, а в форме, скорости и последовательности изменений, необходимых для обеспечения лучшего доступа к качественным услугам в области психического здоровья в стране.

II. Анализ истоков нынешнего кризиса

Тот факт, что Украина до сих пор не смогла создать современную систему психиатрической помощи, основанную на сочетании стационарной и амбулаторной помощи в соответствии с современными международными стандартами, является результатом сложного сочетания факторов.

Статические факторы включают в себя:

- Незаинтересованность в психическом здоровье – в большинстве постсоветских стран система охраны психического здоровья не является приоритетом;
- отсутствие сотрудничества между различными заинтересованными сторонами и группами;
- повсеместная «вторая экономика», отчасти вызванная хроническим и существенным недофинансированием тех, кто работает в области охраны психического здоровья.

Однако следует учитывать и ряд **динамических факторов**:

Война, начавшаяся в 2014 году оккупацией Крыма и вторжением в восточные регионы страны, оказала значительное влияние на систему охраны психического здоровья в Украине. В то время как практически все организации в Украине выражали беспокойство по поводу последствий войны, влияния травматического опыта ветеранов на их психическое здоровье и психическое состояние общества в

целом, в стране было сделано очень мало для систематической и устойчивой минимизации нанесенного ущерба и последствий войны.

Во-вторых, до сих пор отсутствовало адекватное руководство и управление, в частности, способность объединить профессионалов, работающих в сфере охраны психического здоровья. Существует настоятельная необходимость в создании групп поддержки (например, рабочих групп, консультативных комитетов и т. д.) для выполнения конкретных задач, требующих специальных экспертных знаний. Общепринятая практика во всем мире заключается в привлечении лучших имеющихся экспертов и людей, обладающих соответствующими знаниями и навыками, которые могли бы внести свой вклад в решение определенных задач.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в своем Комплексном плане действий в области охраны психического здоровья на 2013-2020 годы (ВОЗ, 2013) подчеркнула, что услуги в области охраны психического здоровья, оказываемые по месту жительства, гораздо более эффективны для нуждающегося в них населения (особенно в чрезвычайных ситуациях), чем централизованная система охраны психического здоровья в виде крупных психиатрических больниц, обычно расположенных в больших городах. Несмотря на некоторые позитивные сдвиги, такие как первоначальное внедрение программы ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP), планы украинского правительства по совершенствованию системы охраны психического здоровья путем ее децентрализации не были подкреплены адекватной стратегией развития служб охраны психического здоровья по месту жительства, наращиванием потенциала и компетентных кадров среди практикующих врачей первичной медико-санитарной помощи, а также внедрением системы аккредитации и сертификации специалистов в области психического здоровья. В результате реализация второго этапа плана реформы здравоохранения, в рамках которого была проведена реструктуризация финансирования специализированных медицинских услуг, была обречена на провал, как это и произошло на самом деле.

III. Масштабы текущего кризиса в цифрах

1 апреля 2020 года в Украине была инициирована реформа вторичного и третичного звена здравоохранения. Эти изменения привели к серьезным бюджетным сокращениям для большинства государственных больниц и медицинских служб.

С целью изучения возникших трудностей в оказании психиатрической помощи Ассоциация психиатров Украины (АПУ) провела с 8 по 16 апреля 2020 онлайн-опрос директоров различных служб охраны психического здоровья. На опрос откликнулись представители 53 служб охраны психического здоровья из 21 региона Украины. Из четырех областей (Луганской, Полтавской, Сумской и Черновицкой) никакой информации получено не было. Результаты опроса были доведены до сведения президента Зеленского и других официальных лиц в письме АПУ от 23 апреля 2020 года.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что финансирование психиатрических больниц Национальной службой здравоохранения Украины за период с 1 апреля по 31 декабря 2020 года было в среднем сокращено вдвое по сравнению с соответствующим периодом 2019 года. Больницы с большим количеством коек для долговременного лечения столкнулись с еще более серьезными трудностями.

Финансовые проблемы грозят привести к сокращению 3 164 ставок. В общей сложности 2485 специалистов в области психического здоровья потеряют работу, в том числе 197 врачей, 661 медсестра, 1237 младших медсестер и 390 других специалистов, включая психологов и социальных работников. Кроме того, 785 специалистов вынуждены были перейти с работы на полную ставку на неполный рабочий день, в том числе 169 врачей, 188 медсестер, 309 младших медсестер и 119 других специалистов².

1 апреля 2020 года Министерство здравоохранения ввело новую пакетную модель финансирования, заменившую собой систему финансирования, основанную на возмещении расходов за койко-день. Пакеты «психиатрической помощи взрослым и детям» были распределены не только между психиатрическими учреждениями, но и между наркологическими службами и больницами общего профиля. Всего эти пакеты получили 194 учреждения, в том числе только 54 психиатрические больницы.

На основе проведенного аналитического обзора официальных документов АПУ не обнаружила какого-либо конкретного порядка или плана в отношении выделения и распределения финансирования в сфере здравоохранения между учреждениями. Исследование, проведенное АПУ, также показало, что больницы общего профиля, которым выделялся бюджет на оказание психиатрической помощи, не были готовы к внедрению таких услуг и не имели психиатрических отделений для обслуживания пациентов.

IV. Роль профессиональных психиатрических ассоциаций

Реформирование системы охраны психического здоровья требует участия всех соответствующих профессиональных органов. Любая реструктуризация услуг требует дополнительных вложений времени, энергии и эмоций всех заинтересованных сторон, включая психиатров. Психиатрические ассоциации призваны играть в этом процессе уникальную роль, поскольку способны наладить быстрое общение со своими членами, собрать любые необходимые данные, консультироваться со своими членами на самом раннем этапе относительно предлагаемых изменений и обращать внимание на потенциальные трудности. Таким образом они могут способствовать более оптимальному

² По официальным данным Министерства здравоохранения, на начало 2019 года в Украине насчитывалось 58 психиатрических больниц и 24 наркологического стационара (22 наркологического диспансера с стационаром и 2 наркологические больницы) с общей численностью 26 915 психиатрических и 3 372 наркологических койки. Средний срок пребывания в психиатрических больницах составил 48,7 дня, в наркологическом - 123 дня. Распространенность психических и поведенческих расстройств в Украине составила 3478 на 100 000 населения (всего 1 468 452 пациента), в том числе 522 960 пациентов (1238 на 100 000 человек) с психическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и психоактивных веществ.

процессу обсуждения и внедрения предполагаемых изменений. Кроме того, Министерству здравоохранения и любому другому правительственному учреждению гораздо проще общаться с избранным руководителем психиатрической ассоциации, выступающим от имени ее членов. Только при постоянном и значимом участии всех заинтересованных сторон можно успешно осуществить процесс реформ и устранить имеющиеся проблемы и препятствия.

Экспертный комитет ВПА с удивлением узнал, что под эгидой Министерства здравоохранения был разработан проект Национального плана действий в области охраны психического здоровья, который с 2017 года обсуждался на различных совещаниях заинтересованных сторон. Комитет считает, что привлечение психиатрических ассоциаций страны в первоочередном порядке к этому обсуждению поможет устранить имеющуюся напряженность и позволит психиатрам продемонстрировать свою приверженность необходимым позитивным изменениям. Комитет рекомендует принять меры для восстановления доверия и сотрудничества между Министерством и психиатрами, представленными обеими психиатрическими ассоциациями. Совместно с представителями всех других заинтересованных сторон они должны участвовать в процессе реформ на постоянной основе.

Экспертный комитет ВПА получил доступ к недатированному варианту проекта Национального плана действий в области психического здоровья. Экспертный комитет ВПА рекомендует использовать последнюю версию этого документа в качестве основы для его дальнейшего обсуждения между Министерством, психиатрами и всеми другими заинтересованными сторонами, которые должны быть частью процесса доработки документа. Экспертный комитет ВПА рекомендует двигаться вперед, использовать уже проделанную работу и сохранить оптимально разработанные в документе элементы.

Пример: Британская коллегия психиатров

Британская Королевская коллегия психиатров является профессиональным и образовательным органом для психиатров в Великобритании. Она работает на благо людей с психическими заболеваниями, трудностями в обучении и нарушениями развития, продвигая лучшие услуги в области психического здоровья, обучая психиатров устанавливать высокие стандарты в своей профессии и быть голосом психиатрии.

Британская Королевская коллегия психиатров постоянно участвует в разработке и обсуждении государственной политики в области охраны психического здоровья. Правительство не может разработать политику в области охраны психического здоровья, предварительно не проконсультировавшись с Коллегией. Коллегия может выступать от имени психиатров и тесно сотрудничает со всеми соответствующими государственными учреждениями Великобритании на взаимовыгодной и эффективной основе. Коллегия вовлекается в любой процесс, связанный с изменениями в сфере охраны психического здоровья, будь то разработка нового законодательства или новой политики в области охраны психического здоровья. Недавним примером деятельности Коллегии является подготовка всех рекомендаций, связанных с COVID и психическим здоровьем для психиатров и пациентов, впоследствии одобренных соответствующими правительственными учреждениями и теперь широко применяемых.

V. Возможности правозащитной деятельности

Совет по правам человека Организации Объединенных Наций назначает независимых экспертов по некоторым вопросам прав человека, включая здравоохранение и инвалидность³. Помимо предоставления тематическим докладом Совету по правам человека в Женеве и Генеральной Ассамблее ООН в Нью-Йорке, эти эксперты посещают страны и публикуют доклады, содержащие их выводы и рекомендации. Украина входит в число стран, направивших постоянные приглашения обладателям мандатов специальных процедур, с тем чтобы они могли расследовать сложившуюся ситуацию с правами человека и обеспечить международную подотчетность.

Украина подписала ряд договоров по правам человека Организации Объединенных Наций. Деятельность страны регулярно (примерно каждые шесть лет) оценивается группой независимых экспертов. Оценка также основывается на материалах гражданского общества: ассоциации могут представить письменные материалы до начала оценки⁴.

Независимые эксперты Комитета Совета Европы по предупреждению пыток посетили Украину совсем недавно (в 2019 году), предоставив множество соответствующих рекомендаций. Можно обратиться в Секретариат Комитета с целью принятия и в этой связи последующих мер.

VI. На пути к современной модели организации служб охраны психического здоровья

Психическое здоровье – это компонент общественного здравоохранения
Результаты научных исследований свидетельствуют о тесной связи между социальными стрессорами и состоянием психического здоровья. Люди с более низким уровнем образования, дохода или профессиональной группы подвергаются воздействию факторов, влияющих на их психическое здоровье. Точные механизмы это воздействия остаются неясными, но могут иметь отношение к ежедневному стрессу, сопряженному с жизненными обстоятельствами. Таким образом, сокращение страданий, связанных с психическим здоровьем, не ограничивается биологическим медицинским подходом, но также включает стратегии **сокращения индивидуального и социального неравенства**⁵.

Для этого требуется как минимум **межсекторальный подход** и совместная стратегия, выработанная Министерством здравоохранения, Министерством образования и Министерством социальной политики. Она должна включать, в частности, борьбу с детской бедностью, социальную защиту на протяжении жизни, программы поддержки лиц, оказывающих уход за людьми с психическими

³ Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень психического и физического здоровья; специальный докладчик по вопросу о правах инвалидов.

⁴ (1) Комитет по правам ребенка в конце сентября подготовит материалы для обсуждения в правительстве, которые будут обнародованы в октябре. В своей последней оценке Комитет был встревожен уровнем самоубийств среди несовершеннолетних (CRC/C/UKR/CO / 3-4). (2) Комитет по правам инвалидов проведет дискуссию с правительством в первой половине 2021 года: можно будет подготовить материалы до начала этой дискуссии. (3) Совсем недавно, в марте, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) дал оценку ситуации в Украине, критически оценив ситуацию в сфере охраны психического здоровья (E/C.12/UKR/CO/7).

⁵ Социальные детерминанты и психическое здоровье. ВОЗ 2014 (ISBN 978 92 4 150680 9).

расстройствами и другими ограниченными возможностями, борьбу с насилием в семье и проактивную политику в отношении алкоголя и наркотиков. Эти обязательства входят в Пакт об экономических, социальных и культурных правах, а также Конвенцию о правах инвалидов (КПИ).

Региональное разнообразие требует решений на местном уровне

В силу регионального разнообразия национальные планы должны дополняться децентрализованными местными стратегиями предоставления (применяемыми к населению конкретной географической **зоны обслуживания**, меньшей, чем область, но потенциально равной размеру районов) социальных и психиатрических услуг. Структура финансирования этих услуг должна включать в себя финансовые стимулы для предоставления ухода по месту жительства, превышающие стимулы для оказания медицинского ухода в учреждениях (больницах). Эта структура должна четко определить уровень местной ответственности и наделить соответствующее юридическое лицо – местную службу общественного здравоохранения – ресурсами и ответственностью за региональную заболеваемость. Это не является самоочевидным, ведь определить размер финансирования конкретных учреждений гораздо легче, чем размер финансирования региональных сетей ухода, поскольку потребности в учреждениях ограничены относительно небольшим числом людей и сферами жизни, а проблемы в обществе носят более комплексный характер. Распространенность психических расстройств среди населения может в четыре раза превышать распространенность услуг по охране психического здоровья. Поэтому в амбулаторном здравоохранении необходимы различные стратегии приоритизации медицинской помощи.

Каждому местному органу общественного здравоохранения и местным бригадам по оказанию помощи должен быть выделен **бюджет**, распоряжаясь которым они несут полную ответственность за свой район обслуживания⁶. Чтобы справиться с гуманитарным кризисом в Украине, стратегии в области охраны психического здоровья должны расширить имеющуюся степень свободы и включать множество различных вариантов творческих решений, не ограничивающихся исключительно сферой охраны психического здоровья. В идеале имеющийся бюджет должен включать ресурсы на охрану психического здоровья и социальное обеспечение. Следует изучить возможность создания совместных партнерств между представителями общин (включая церкви, врачей общей практики и местных предпринимателей) и службами в сфере охраны психического здоровья в дополнение к местным ресурсам. Подобная комплексная интеграция активов позволит мобилизовать ресурсы и проявлять гибкость в поиске креативных решений на благо пациентов и лиц, осуществляющих за ними уход.

Справедливое и адекватное финансирование

Если к Украине применять показатели ВОЗ, то ресурсы на здравоохранение на душу населения, могли бы составлять 1000 долларов США по ППС (10% от ВВП), а на охрану психического здоровья – 100 долларов США по ППС (1% ВВП - 46

⁶ Под бригадой мы подразумеваем бригаду по оказанию услуг охраны психического здоровья по месту жительства, предпочтительно ФАКТ-бригаду (Фокусирующая Терапия Принятия и Ответственности). Критерии и руководство можно найти по ссылке: <https://ccaf.nl/fact-facts/english/>.

долларов США нетто на душу населения). По данным Всемирного банка, общие расходы Украины на здравоохранение составляют 7% ВВП (данные за 2017 год), из которых более 50% оплачиваются гражданами «из собственного кармана». Государственные расходы на здравоохранение составляют 3,2% ВВП или 320 долларов США по ППС (120 долларов США нетто) на здравоохранение и 32 доллара США по ППС (12 долларов США нетто) на охрану психического здоровья⁷. Это составляет, к примеру, <10% бюджета психиатрического здравоохранения в Нидерландах, в то время как число граждан, получающих медицинскую помощь, сопоставимо (4-6%). Перераспределение ресурсов требует разработки национального плана, охватывающего все сферы жизни общества. **Инвестиции в психическое здравоохранение приводят к 4-кратному доходу на инвестиции**⁸. Однако, чтобы получить этот доход, следует задействовать ресурсы, связанные не только с психическим здоровьем, но и с соматическим, а также другие ресурсы общества, как профессиональные, так и непрофессиональные.

Вышесказанное требует организации параллельного, межсекторного ухода (в отличие от последовательного ухода, который традиционно начинается с лечения на основе уменьшения симптомов и только потом включает правовое участие и личное восстановление). КПИ недвусмысленно заявляет, что инвалиды (включая лиц с психическими расстройствами) не должны исключаться из сферы прав человека, и более того, правительства обязаны поощрять, защищать и обеспечивать полное и равное осуществление всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод. Охрана психического здоровья не ограничивается медицинской помощью, а охватывает все сферы жизни.

Разработка оптимальной системы услуг охраны психического здоровья по месту жительства

Процессу де-госпитализации должен предшествовать период развития амбулаторных ресурсов и практики. Инновации в медицинской помощи не реализуются в одночасье, после прочтения того или иного руководства. Специалисты, пациенты, их родственники, заинтересованные стороны и общество в целом должны обрести уверенность в том, что инновационная система ухода отвечает потребностям общества. Переориентация финансовых стимулов с больничного ухода на уход по месту жительства является необходимым шагом для создания сетей услуг амбулаторной помощи, а также для освоения соответствующих инновационных практик.

Еще одна проблема заключается в том, что переход от больничной системы к амбулаторной часто приводит к сокращению ресурсов для тяжелобольных пациентов. Распространенность психических расстройств среди населения высока, и поэтому система охвата населения должна установить приоритеты при выделении ресурсов на медицинскую помощь. Не управляемые должным

⁷ Данные по ВВП были рассчитаны с использованием tradingeconomics.com и сверены с данными Всемирного банка (ВВП на душу населения в 2020 г. составил 10310 долл. США по ППС или 3881 долл. США нетто) (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA>). Не удалось получить никаких данных о соотношении расходов на охрану здоровья/психического здоровья и соотношении расходов на клиническую/амбулаторную помощь в рамках системы психического здоровья (хранилище данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ).

⁸ См.: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

образом или не следующие динамике рыночного типа системы приводят к селективному обслуживанию. Именно по этой причине ресурсы, выделяемые на медицинскую помощь, не должны носить безусловный характер. Поскольку в случае безусловного финансирования профессионалы склонны создавать службы, наиболее актуальные для них самих (например, услуги по лечению психоза первого эпизода, клинику по лечению тревожных расстройств или терапевтическое сообщество для пограничных расстройств личности), но не имеющие регионального охвата.

Понимание роли больницы и местного сообщества

Система стационарного ухода склонна отдавать приоритет лицам с наиболее серьезной уязвимостью, являясь при этом не слишком этичной системой, в значительной степени игнорирующей большинство людей с обширными потребностями в помощи. Кроме того, госпитализация часто не является оптимальным решением для пациентов. Чаще всего госпитализация не ведет к уменьшению количества самоубийств, не способствует общественной безопасности и не улучшает возможности лечения или функциональные результаты. То же самое относится и к психоневрологическим интернатам и другим учреждениям долговременного ухода, которые пусть и находятся в обществе, но клиенты этих учреждений изолированы от общества, не имеют автономии и не осуществляют в полной мере права человека, гарантированные КПИ⁹.

Небольшой масштаб открывает возможности

Проведение в жизнь оптимальных решений следует планировать в небольших районах обслуживания, например с населением 15 000 человек, идеально подходящих для активизации местных ресурсов и разработки стратегии общественного здравоохранения. Для районов обслуживания с населением 15 000 человек средняя распространенность психических заболеваний среди населения составляет 24% (3600), потребность в медицинской помощи - 6% (900), а распространенность тяжелых психических заболеваний - 1,5% (225). Фактическая распространенность сильно разнится по районам. Выделяемый бюджет должен быть связан с распространенностью психических заболеваний (а не с исторической распространенностью в районе медицинских услуг) и включать поправки на распределение по возрасту, социально-экономическое положение, миграцию и урбанизацию).

Бюджетные поправки должны вноситься всякий раз, когда региональная система охраны психического здоровья также должна оказывать услуги другим пациентам с инвалидностью, ввиду, например, отсутствия отдельных наркологических служб, отдельной системы домов престарелых и отдельной системы оказания услуг лицам с умственными нарушениями.

Переходный период, позволяющий задействовать дополнительные ресурсы

Экспертный комитет ВПА всецело поддерживает решение министра о предоставлении **чрезвычайного финансирования** для смягчения дефицита,

⁹ THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. 2013. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43, 849-63.

вызванного новой структурой финансирования, которая была введена 1 апреля 2020 года. Экспертный комитет ВАП предлагает также считать 2021 год переходным годом, предоставляющим достаточно времени для завершения разработки проекта Национального плана действий в области психического здоровья и соответствующей структуры финансирования, позволяющей (и стимулирующей) развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства и постепенно приводящей к сокращению больничных коек, после того как службы охраны психического здоровья по месту жительства будут готовы к обслуживанию пациентов.

Особое внимание следует уделять развитию электронного и мобильного здравоохранения для повышения потенциала самопомощи и жизнестойкости уязвимых групп населения, а также для снижения затрат и удовлетворения неохваченных потребностей населения. Кроме того, признавая, что образование не входит в компетенцию Министерства здравоохранения, разработка адекватных программ подготовки специалистов в области охраны психического здоровья должна быть абсолютным приоритетом, равно как и меры по сдерживанию риска утечки мозгов тех, кто прошел такую подготовку.

Наконец, разработка региональной сети услуг должна также включать в себя непрофессиональные ресурсы и способствовать расширению возможностей привлечения пользователей услуг и их родственников. Активное движение пользователей может способствовать созданию управляемых пользователями служб (к примеру, по поддерживаемой занятости и защищенному жилью), являющихся устойчивыми и низкочувствительными (например, с использованием клубной модели).

VII. Заключительные рекомендации

Экспертный комитет ВПА призывает обе украинские психиатрические ассоциации использовать данную концептуальную записку в качестве основы для будущего взаимодействия с Министерством здравоохранения.

1. Восстановление доверия и сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами

Вполне очевидно, что второй этап плана реформы здравоохранения не был подготовлен должным образом и реализован в то время, когда Украина была охвачена пандемией COVID-19. Сочетание обоих факторов привело к глубокому кризису, которого можно и нужно было избежать.

Однако в более широком смысле кризис является результатом полного краха доверия между Министерством здравоохранения и психиатрами. Это доверие необходимо восстановить, что потребует усилий с обеих сторон. Только тогда, когда будет создана платформа заинтересованных сторон, основанная на уважении и готовности работать сообща на благо сектора охраны психического здоровья, можно будет осуществить такой сложный, интенсивный и длительный процесс, как деинституционализация и создание служб охраны психического здоровья по месту жительства.

Решающее значение имеет прозрачная и четкая коммуникация со всеми учреждениями и институтами, затронутыми этими изменениями.

Для обеспечения участия клиентов и пользователей услуг в процессе реформы необходимо создать НПО клиентов.

2. Разработка политики

Министерство здравоохранения должно руководить этим процессом. При этом консультации экспертов и вклад всех заинтересованных сторон, включая психиатров и пациентов, имеют первостепенное значение.

По существу, необходима четкая политическая основа. Проект **Национального плана действий** в области охраны психического здоровья следует использовать в качестве основы для будущих консультаций с целью обеспечения поддержки его осуществлению и приверженности всех заинтересованных сторон.

Необходимо учредить контролирующий механизм, близкий к уровню принятия решений Министерства здравоохранения, с тем чтобы быстро, эффективно и активно реагировать на чрезвычайные ситуации, которые будут частью процесса деинституционализации.

3. Финансирование

Следует создать **механизм финансирования**, который позволит продолжать стационарное лечение в период создания новых служб по месту жительства

(двойное финансирование). Пошаговое сокращение/постепенный отказ от коек приведет к постепенной передаче финансовых средств вновь созданным службам.

Вероятно, потребуются дополнительные финансовые и кадровые инвестиции в течение первого периода деинституционализации, на эти цели должен быть выделен адекватный бюджет¹⁰.

4. Подготовка кадров и расширение масштабов

Следует создать специализированные **междисциплинарные команды** для формирования основы новых служб охраны психического здоровья по месту жительства. Эти команды должны пройти соответствующую подготовку и быть обеспечены ресурсами, прежде чем процесс деинституционализации будет развернут на национальном уровне.

Следует постепенно внедрить современные технологии, такие как приложения электронного и мобильного здравоохранения; облегчить доступ к веб-сайтам по психическому здоровью для широкой общественности, поддерживаемым клиентами и профессионалами; рассмотреть вопрос о доступе к электронным учебным материалам в контексте устойчивых программ подготовки специалистов.

Потенциальную утечку мозгов в результате увольнений следует предотвращать с помощью временной модели подушевого годового финансирования как для общей первичной медико-санитарной помощи, так и для психиатрической помощи на первичном уровне.

5. Права человека

Необходимо соблюдать международные руководящие принципы и обязательства, а также обязательства в области прав человека.

Для каждого клиента/пациента следует создать независимое представительство защиты его интересов. Интересы клиентов должны быть представлены лицом, беспристрастным как в отношении к учреждению, так и к окружению клиента, но при этом целиком приверженным благополучию клиента и защите его права на свободу в любое время.

6. Заключительная рекомендация

Наконец, экспертный комитет ВПА рекомендует обеим украинским ассоциациям-членам держать ВПА в курсе событий и запрашивать при необходимости последующие рекомендации по конкретным вопросам. Такие запросы будут рассматриваться благожелательно.

¹⁰ Использовать международные стандарты в области психического здоровья (УНП ООН, КПИ), а также рекомендации Украине (КПИ, КЭСКП, КПП, ЕСПЧ) по получению финансирования.

Пример: Реформа системы охраны психического здоровья в Грузии

С момента обретения страной независимости в 1991 году Грузия претерпела значительные изменения в организации систем охраны психического здоровья. В 1995 году в Грузии была принята программа охраны психического здоровья (как часть новой программы общего здравоохранения), в рамках которой люди с психическими расстройствами получали бесплатные услуги и лечение как в больницах, так и в амбулаторных клиниках. В 2007 году вступил в силу новый прогрессивный и основанный на правах человека Закон «О психиатрической помощи». Закон ввел некоторые новые виды практики, такие как обязательное судебное решение в отношении любой принудительной госпитализации. В 2009 году грузинские эксперты проанализировали ход реализации закона и внесли еще несколько поправок. В 2013-2014 годах этот процесс продолжался, и в закон были внесены некоторые дополнительные изменения, в частности связанные с процедурами судебно-психиатрического лечения.

Для системного решения проблем и задач в области охраны психического здоровья в 2013 году парламент Грузии принял «Государственную концепцию охраны психического здоровья» в качестве основного документа политики в области охраны психического здоровья страны. Концепция определяет государственную политику в области охраны психического здоровья и представляет собой совместное видение правительства и гражданского общества Грузии развития этой сферы на ближайшие 10 лет. Основная цель этого документа состоит в том, чтобы помочь всем заинтересованным сторонам внести вклад и достичь максимальных результатов в развитии и надлежащее функционирование системы охраны психического здоровья в соответствии с их потребностями, возможностями и интересами. Одним из важнейших элементов процесса реформирования системы охраны психического здоровья является решительный голос неправительственного сектора. Профессиональные ассоциации, гражданское общество, группы пользователей и организации родственников пользователей создали прочный альянс, который играет весомую роль в развитии основанной на правах человека, гуманной и всеобъемлющей психиатрической помощи.

Для достижения целей, определенных в государственной Концепции, Министерство труда, здравоохранения и социальных дел (МТЗСД) инициировало процесс разработки Национальной стратегии и Плана действий на 2015-2020 годы, которые были приняты в декабре 2014 года. В ходе этого процесса известные международные эксперты, такие как проф. Б. Сарачено, проф. Г. Торникрофт и проф. Дж.М. К. де Алмейда, посетили Тбилиси по приглашению МТЗСД и представили свои замечания и рекомендации по совершенствованию национальной стратегии и плана действий. Для достижения основных показателей с 2006 года был значительно увеличен государственный бюджет охраны психического здоровья. Наряду с увеличением финансирования, государственная программа по охране психического здоровья включила новый стандарт для амбулаторных услуг по месту жительства, услуг мобильных бригад по месту жительства и услуг по кризисному вмешательству в сфере психического здоровья. Методология финансирования амбулаторно-психиатрической службы по месту жительства была изменена и определена в соответствии с числом жителей в каждом соответствующем районе обслуживания. В результате финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось в 2,5 раза и более. Для мобильных служб, кризисных интервенций и бригад ассертивной терапии по месту жительства финансирование было увеличено даже в 10 раз и более. Внесенные изменения привели к улучшению показателей стратегического документа и плана действий на 2015-2020 годы. В документе уточняется, что к 2020 году соотношение между институциональными услугами и услугами, оказываемыми по месту жительства, в Грузии должно составить 50% на 50%. Процент амбулаторных услуг и услуг, оказываемых по месту жительства, изменился в 2017 году с 25/75% до 42/58%.

В настоящее время группа национальных и международных экспертов работает над дальнейшим развитием системы охраны психического здоровья и стратегическим планом на 2020-2025 годы. Основное внимание уделяется совершенствованию интенсивной и стационарной медицинской помощи. Планируется перераспределить стационарные койки из монопрофильных психиатрических больниц в многофункциональные центры психического здоровья по месту жительства и больницы общего профиля и постепенно внедрить альтернативные службы психического здоровья средней и высокой интенсивности, например дома-интернаты и дома семейного типа, а также кризисные центры и службы ассертивного лечения по месту жительства.

Пример: Реформа системы охраны психического здоровья в Литве

После распада СССР Литва унаследовала крайне централизованную и неэффективную систему психиатрической помощи. В 1997 году правительство приняло решение о ликвидации крупных психоневрологических диспансеров, расположенных в психиатрических больницах крупных городов. Впоследствии психиатрам было поручено создание многопрофильных психиатрических бригад, которые были созданы на уровне первичной медико-санитарной помощи (как правило, в поликлиниках). Постепенно также на 35-45% сократилось количество коек в 10 крупных психиатрических больницах. Однако многие пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями, находившиеся на длительном лечении, были переведены из больниц в психоневрологические интернаты.

С 1997 года амбулаторная система охраны психического здоровья распространилась на все географические регионы Литвы и в настоящее время осуществляется в 114 первичных центрах психического здоровья. Эта помощь специализирована и обеспечивается многопрофильными бригадами, состоящими из психиатра, медицинского психолога, психиатрической медсестры, социального работника и других специалистов в сфере психического здоровья.

В 2013 году литовское правительство приняло новый план реформ, в соответствии с которым для улучшения услуг были использованы структурные фонды ЕС: были отремонтированы 5 кризисных отделений в психиатрических больницах и больницах общего профиля, а также открыто несколько отделений неотложной помощи при острых психических расстройствах и 27 новых центров дневного ухода в рамках первичной психиатрической помощи (в общей сложности 40 центров дневного ухода, специализирующихся на психиатрии). По-прежнему сохраняются значительные пробелы в обслуживании, особенно для людей с тяжелыми психическими заболеваниями, в результате чего они часто направляются непосредственно в психиатрические больницы.

В 1995 году в психиатрических больницах была создана социальная реабилитация для лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, а в 2001 году в Вильнюсе был создан первый центр психосоциальной реабилитации по месту жительства. Были созданы службы профессиональной реабилитации и модели поддержки занятости амбулаторных пациентов с инвалидностью вследствие психоза, которые в настоящее время оказывают услуги примерно 250 пациентам ежегодно. С 2016 года Национальный больничный фонд возмещает стоимость услуг по психосоциальной реабилитации (стационарной и амбулаторной), но, по сравнению с покрытием стационарных расходов, это составляет менее 5%.

Финансирование услуг по охране психического здоровья

С 2012 года Национальный фонд медицинского страхования ввел модель оплаты услуг больниц, в том числе психиатрических больниц, основанной на системе классификации пациентов по диагнозу (Diagnosis-Related Groups) в соответствии с МКБ-10. Эта модель учитывает сопутствующие диагнозы, и возмещение расходов на услуги осуществляется по расчету стоимости ведущей диагностической группы. Кодирование ведущего диагноза и сопутствующих состояний приводит к определению смешанного случая по группам, связанным с диагнозом. Однако внутри каждой диагностической группы есть 2 подгруппы: А и В. Группа А состоит из всех диагнозов конкретного подраздела МКБ и других сопутствующих заболеваний, которые оказывают большее негативное влияние на функционирование и большие прямые затраты на лечение во время госпитализации (например, параноидная шизофрения с соматическими осложнениями, такими как сахарный диабет или метаболический синдром, покрывается в размере ок. 2000 евро за каждый случай). Напротив, диагнозы группы В оказывают меньшее негативное влияние на функционирование, а также на прямые затраты во время стационарного лечения (например, параноидальная шизофрения без соматических осложнений, таких как диабет, метаболический синдром, глаукома или псориаз, покрывается в размере ок. 1600 евро за каждый случай). Эта система охватывает только расходы на госпитализацию пациентов (включая психосоциальную реабилитацию) и не обеспечивает покрытие расходов на дневной уход или первичную медицинскую помощь (они покрываются в рамках других механизмов).

Первичная медицинская помощь покрывается подушевой годовой оплатой для всех граждан, проживающих в районе обслуживания (6,8 евро/житель в год, полностью игнорируя количество консультаций или специфический уход, предоставляемый лицам с тяжелыми психическими заболеваниями или другим группам с высокими потребностями). Это дает некоторую гибкость в плане найма специалистов в соответствии с местными потребностями, но в целом эта система очень ограничена по сравнению с покрытием расходов психиатрических больниц по модели группировки диагнозов. Социальное сопровождение, кризисное вмешательство или бригады ассертивной терапии по месту жительства не покрываются медицинской страховкой.

Приложение 1

Обзор системы охраны психического здоровья в Украине

В 2019 году 1 847 113 граждан Украины (примерно 4,5% населения) получили психиатрическую помощь. В общей сложности 1 499 239 пациентов были обслужены в амбулаторных условиях, 308 735 пациентов прошли лечение в психиатрических больницах и 39 139 – в дневных стационарах¹¹.

I. Финансирование

Основное финансирование психиатрической помощи поступает из государственной программы здравоохранения. В 2019 году другие источники психиатрической помощи включали муниципальные и областные бюджеты. Дополнительные средства имеются в распоряжении Министерства здравоохранения, Министерства социальной политики, Министерства образования, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Службы безопасности и Государственной администрации железнодорожного транспорта Украины. Однако общие расходы на психиатрическую помощь никогда не анализировались.

| Финансирование системы охраны психического здоровья | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | 2019 | 2020 |
| Бюджет здравоохранения | 3.55 млрд. долл. США | 4.2 млрд. долл. США |
| Бюджет на охрану психического здоровья | - | - |
| Модель возмещения расходов больницам | Койко-день | Пролеченный случай (280 США) |
| Финансирование амбулаторных услуг | Бюджет покрывал расходы на консультации, диагностику, лечение, реабилитацию и медикаменты. | 2 долл. США/посещение Отсутствие бюджета на медикаменты |
| Финансирование дневных стационаров | Директора сами решали, как расходовать деньги из общих больничных фондов | прекратилось |

В 2020 году была введена новая модель финансирования (на основе пролеченного случая вместо койко-дня). Есть и другие государственные программы, которые полностью покрывают заместительную метадоновую терапию, принудительное лечение и все расходы на судебно-психиатрическую экспертизу, а также программы здравоохранения для детей с расстройствами аутистического спектра, включая бюджет на лекарства.

II. Кадровое обеспечение сферы охраны психического здоровья

а. Стационарные услуги:

| | |
|--------------------------------------------------|------|
| Психиатры: | 1286 |
| Психиатрические медсестры: | 8937 |
| Психологи: | 262 |
| Социальные работники: | 76 |
| Профессиональные терапевты (врач-психотерапевт): | 23 |

б. Амбулаторные услуги и услуги, оказываемые по месту жительства

| | |
|------------|------|
| Психиатры: | 1183 |
| Медсестры: | 2156 |
| Психологи: | 32 |

¹¹ Данные Министерства здравоохранения Украины, 01.01.2020. Население Украины без учета Крыма и Севастополя составляет 41 902 416 человек.

Социальные работники: 47
 Другие (психологи): 177

с. Дневные стационары

Психиатры (детские, подростковые и взрослые): 74
 Медсестры: 166
 Психологи (врачи-психологи): 6
 Социальные работники: 5
 Другие (психологи) 8

| | Кол-во учреждений | Количество коек/пациентов | Длительность госпитализации /лечения | Финансирование |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психиатрические больницы (не имеющие наркологических отделений) | 56 | 26915 | 48,7days | 1) 280 долл. США/за пролеченный случай 2) государственная программа финансирует принудительное лечение и судебно-психиатрическую экспертизу. 3) детям с расстройствами аутистического спектра государство оказывает медицинскую поддержку и оплачивает медикаменты. 5) областной и муниципальный бюджет покрывает коммунальные расходы больниц |
| Психиатрические отделения в больницах общего профиля | - | - | - | Нет достаточных данных относительно вариантов финансирования психиатрических отделений в больницах общего профиля. Директора больниц могут сами решать, сколько потратить на психиатрические отделения. Обычно они используют остаточные средства. С 1 апреля 2020 года доступны два пакета услуг: 1) 280 долларов США за стационарное лечение (пролеченный случай) и 2) 2 доллара США за амбулаторное лечение (одно посещение). |
| Амбулаторные услуги: 1) Участковые психиатры в больницах общего профиля 2) Психиатрические диспансеры 3) психиатрические амбулаторно-поликлинические отделения в стационарах общего профиля и психиатрических больницах. | - | - | - | 2 долл. США/за одно посещение Бюджет на лекарства отсутствует |
| Дневные стационары в психиатрических амбулаторных отделениях в общих больницах, психиатрических диспансерах или в психиатрических больницах. | | | | С апреля 2020 года служба перестала функционировать, так как была исключена из реформ в области психического здоровья. |
| Мобильные бригады | | | | Только одна мобильная бригада в Украине |

Приложение 2

Международная подотчетность

1. ООН

1.1. Специальные процедуры

Совет по правам человека Организации Объединенных Наций назначает независимых экспертов по некоторым вопросам прав человека, включая здравоохранение и инвалидность. Помимо того, что они предоставляют тематические исследования Совету по правам человека в Женеве и Генеральной Ассамблее ООН в Нью-Йорке, они посещают страны и публикуют доклады, содержащие их заключения и рекомендации. Украина входит в число стран, которые направили постоянные приглашения обладателям мандатов специальных процедур. Среди примерно двух десятков мандатов следующие могут, по-видимому, оказаться полезными в разрешении кризиса в сфере охраны психического здоровья в Украине:

- a. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья;
- b. Специальный докладчик по вопросу о правах инвалидов;
- c. Независимый эксперт по вопросу о последствиях внешней задолженности и других соответствующих международных финансовых обязательств государств для полного осуществления прав человека, в частности экономических, социальных и культурных прав (A/HRC/40/57/Add.1). Эксперт посетил страну в мае 2018 года и представил доклад Совету по правам человека в марте 2019 года. Возможны последующие меры в отношении бюджетных вопросов.
- d. Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания посетил страну в июне 2018 года и представил доклад Совету ООН по правам человека в марте 2019 года (HRC/40/59/Add.3). Возможно предложить последующие меры.

1.2. Договорные органы

Украина подписала ряд договоров по правам человека Организации Объединенных Наций. Деятельность страны регулярно (примерно каждые шесть лет) оценивается группой независимых экспертов. Оценка основывается в том числе на материалах гражданского общества: ассоциации также могут представить письменные материалы до начала оценки.

Предстоящие оценки:

- a. Комитет по правам ребенка в конце сентября: подготовит перечень вопросов для правительства, который будет обнародован в октябре. В своей последней оценке Комитет был встревожен уровнем самоубийств среди несовершеннолетних (CRC/C/UKR/CO/3-4).
- b. Комитет по правам инвалидов проведет дискуссию с правительством в первой половине 2021 года; возможно внесение вклада в перечень вопросов до начала этой дискуссии.
- c. Совсем недавно, в марте, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСМП) провел оценку ситуации в Украине, подвергнув критической оценке положение в области охраны психического здоровья (E/C.12/UKR/CO/7).

2. Совет Европы

Независимые эксперты Комитета по предупреждению пыток Совета Европы посетили Украину совсем недавно (в 2019 году), предоставив множество соответствующих рекомендаций. Секретариату можно было бы предложить принять последующие меры.

Члены экспертного комитета

Председатель:

Профессор Эка Чкония, доктор медицинских наук, является президентом Общества грузинских психиатров, клиническим директором Тбилисского центра психического здоровья, профессором психиатрии Тбилисского государственного медицинского университета. Направления ее научных исследований сосредоточены на организации психиатрической помощи. Ее клинический интерес связан с лечением тяжелых психических расстройств и профилактикой самоубийств.

Секретарь:

Профессор Роберт ван Ворен – главный исполнительный директор Международного общества «Права человека в области психического здоровья-Федерация Глобальная инициатива в психиатрии» (ФГИП), профессор Университета Витаутаса Великого в Каунасе (Литва) и директор Научно-исследовательского центра Андрея Сахарова.

Члены комитета:

Профессор Филипп Делеспаул – бельгийский клинический психолог и профессор по инновациям в области психического здоровья в Маастрихтском университете (кафедра психиатрии) и Mondriaan mental health trust. Предоставляет консультации местным, региональным, национальным и международным пользователям услуг, клиницистам и заинтересованным лицам в области инновационной политики в системе охраны психического здоровья. <https://orcid.org/0000-0001-7420-0898>

Профессор Арунас Германавичюс является директором Республиканской Вильнюсской психиатрической больницы и профессором психиатрии Медицинского факультета Вильнюсского университета (Литва). Направления его научных исследований сосредоточены на разработке и оценке услуг, оказываемых по месту жительства, для людей с тяжелыми психическими заболеваниями, психосоциальной реабилитации, социальной психиатрии, общественном психическом здоровье, профилактике самоубийств, правах человека и стигматизации в связи с психическими расстройствами. <https://orcid.org/0000-0002-1226-1449>

Г-н Роб Кёйкенс является консультантом в сфере психического здоровья Нидерландской Е-Академии психического здоровья и Федерации Глобальная инициатива в психиатрии, преподавателем в области медсестринского дела в психиатрии в Нидерландах и на международном уровне.

Профессор Игорь Куценок, доктор медицинских наук, профессор психиатрии Калифорнийского университета в Сан-Диего, директор Центра исследований, обучения и менеджмента в сфере зависимости и преступности, директор международного центра обмена технологиями в сфере зависимости РЕPFAR-Украина, бывший директор отдела превенции, терапии и реабилитации Управления ООН по наркотикам и преступности в Вене. Также является вице-президентом Международного консорциума университетов по сокращению спроса на наркотики.

Доктор Марианне Шульце, магистр права, является независимым юридическим консультантом и экспертом по правам человека, в Вене, Австрия. Фокус ее деятельности – осуществление Конвенции о правах инвалидов (КПИ) в психиатрических учреждениях. Она является членом правления Федерации Глобальная инициатива в психиатрии.

Профессор Норберт Скокаукас, доктор медицинских наук, профессор детской и подростковой психиатрии и заведующий кафедрой исследований Центра психического здоровья детей и подростков и защиты детей при Норвежском университете естественных и технических наук. Председатель секции детской и подростковой психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации и редактор журнала «Всемирная детская и подростковая психиатрия».