

## **Концептуальна записка**

### **Експертний комітет ВПА щодо кризи психічного здоров'я в Україні**

**Червень 2020**

Професор Ека Чконія (Грузія) - Голова  
Проф. Філіпп Делеспол (Нідерланди)  
Професор Арунас Германавічюс (Литва)  
Роб Кейкенс (Нідерланди)  
Професор Ігор Куценюк (США)  
Др. Маріанна Шульце (Австрія)  
Професор Норберт Скокаускас (Норвегія)  
Професор Роберт Ван Ворен (Литва)

### **Наглядова рада**

Проф. Гелен Геррман (Австралія) Президент ВПА  
Проф. Афзал Джавед (Великобританія) Обраний президент ВПА  
Проф. Норман Сарторіус (Швейцарія)  
Проф. Сер Грехем Торнікрофт (Великобританія)

## Резюме

Істотні зміни в політиці та початок пандемії COVID-19 на початку квітня 2020 року призвели до гуманітарної кризи в системі надання психіатричної допомоги в Україні. Скорочення коштів на стаціонарне лікування до завершення підготовки служб охорони психічного здоров'я на базі громад, що передбачає перехід персоналу на роботу до таких служб, призвело до звільнення персоналу та передчасної виписки пацієнтів, наражаючи на небезпеку життя цих пацієнтів. Криза в системі охорони психічного здоров'я погіршився і на тлі пандемії COVID-19, яка вразила Україну майже в той же самий час.

Пацієнти та їхні родини перебувають у відчаї, протягом шести тижнів від початку кризи були зареєстровані перші смертельні випадки серед пацієнтів після їх виписки. Планування політики у сфері створення нових служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання йшло повним ходом, проте не було погоджено з політикою розподілу ресурсів, що призвело до звільнень персоналу і виписці пацієнтів.

Існує проект Національного плану дій в сфері охорони психічного здоров'я, розроблений робочою групою Міністерства охорони здоров'я, однак його деталі ще не розкриті в повному обсязі і не узгоджені із українськими психіатрами. Експертний комітет ВПА вивчив першу редакцію цього документа. Комітет хоче підтримати ідею реформування інституційної системи охорони психічного здоров'я та добре спланований перехід до нової системи надання допомоги. Комітет рекомендує використовувати останню редакцію цього документа як основу для його подальшого обговорення психіатрами, а також іншими зацікавленими сторонами, при цьому зберігши оптимально розроблені положення.

Експертний комітет ВПА рекомендує:

1. Впроваджувати проект Національного плану дій в сфері охорони психічного здоров'я, доопрацьований міжвідомчою робочою групою, до складу якої увійдуть представники інших профільних міністерств, таких як Міністерство соціальної політики та Міністерство освіти, а також професійних асоціацій, що пов'язані з психічним здоров'ям, та користувачі послуг;
2. Застосувати принцип подвійного фінансування: а) забезпечити адекватні ресурси для стаціонарної допомоги (можливо, зі збільшенням фінансування під час фактичного переходу до системи нових послуг, що надаються за місцем проживання), і б) забезпечити ресурси на розвиток нових служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання;
3. Налагодити регулярний процес консультацій між Міністерством та професійними психіатричними асоціаціями;
4. Створити програми професійної підготовки інструкторів щодо застосування міждисциплінарного підходу в службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання на підтримку процесу деінституціоналізації;

5. Дотримуватися міжнародних стандартів в області психічного здоров'я (УНП ООН, Конвенція про права інвалідів (КПІ) ООН), а також рекомендації Україні (КПІ, КЕСКП, КПТ, ЄСПЛ)<sup>1</sup> щодо отримання фінансування.

---

<sup>1</sup> Заключні зауваження КПІ, **CRPD/C/UKR/CO/1 (2015)**; заклучні зауваження КЕСКП Е/С.12/UKR/CO/7 (2020); а також різні рішення Європейського суду з прав людини, наприклад, справу «Кучерук проти України», «Анатолій Руденко проти України», «Горшков проти України».

## I. Вступ

6 травня 2020 року Асоціація психіатрів України (АПУ) звернулася до Всесвітньої психіатричної асоціації (ВПА) з проханням про допомогу в подоланні кризи, викликаної дисгармонічним застосуванням нових правил фінансування системи охорони психічного здоров'я на тлі пандемії COVID. Багато психіатричних служб в країні повідомили про значне недофінансування, яке призвело до швидкого та непередбачуваного виписування пацієнтів, звільнення великої кількості персоналу та закриття відділень в лікарнях. Приблизно в той же час Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України звернулася до ВПА з аналогічним проханням.

ВПА прийняла рішення позитивно відповісти на запит обох українських психіатричних асоціацій та доручила створити Міжнародний експертний комітет для розробки у співпраці з Асоціацією психіатрів України та Асоціацією неврологів, психіатрів і наркологів України рекомендацій щодо (1) реагування на поточну надзвичайну ситуацію та (2) розробки та реалізації Національного плану дій в сфері охорони психічного здоров'я. Експертний комітет було створено у співпраці з міжнародним фондом "Федерація Глобальна ініціатива в психіатрії". Завданням Експертного комітету було проаналізувати ситуацію в Україні, яка виникла після впровадження другого етапу плану реформи охорони здоров'я, та надати рекомендації професійним асоціаціям під час обговорень з адміністративними органами щодо того, як знайти вихід з ситуації. Дана концептуальна записка є результатом діяльності експертного комітету, члени якого протягом усього періоду між його формуванням і публікацією цієї доповіді працювали на добровільних засадах. До складу Міжнародного експертного комітету увійшли професіонали, добре обізнані про стан справ в Україні, а також фахівці, які брали участь в розробці національних планів дій у сфері охорони психічного здоров'я в своїх країнах і поза їх межами. Кваліфікація кожного з них докладно описана в кінці цього документу.

У ході роботи над документом Міжнародний експертний комітет залишався на прямому зв'язку з Міністерством охорони здоров'я України. Проте роль комітету полягала в тому, щоб сприяти ВПА у наданні підтримки двом своїм товариствам-членам, надавши їм пропозиції та інструменти для сприятливого реагування на висловлене діючим міністром бажання відновити спілкування з психіатрами і знайти взаємоприйнятний вихід з поточної кризи.

У даній концептуальній записці містяться вищезгадані інструменти та пропозиції, а також короткий аналіз нинішньої кризи і його витоків. Крім того, в документ включений ряд практичних прикладів розробки планів реформ в галузі охорони психічного здоров'я в країнах, що мають схожі соціально-політичні умови та супутні проблеми посттоталітарного суспільства. Комітет добре обізнаний про додаткові складнощі, з якими в даний час стикається Україна в силу триваючого військового конфлікту і розміру її території в порівнянні з двома включеними в документ прикладами Грузії і Литви. Однак досвід цих країн може виявитися корисним у вирішенні нинішньої кризи і знаходженні можливих варіантів розвитку на майбутнє. Крім того, на прикладі Великобританії пояснюється й

ілюструється роль професійних психіатричних товариств в розробці і здійсненні політики.

Експертний комітет також консультувався з іншими міжнародними партнерами, як урядовими, так і неурядовими, вислухавши їх думки про поточну ситуацію і висловивши при цьому явне бажання не додавати ще один голос до вже існуючого спектру поглядів і бачень, а скоріше переконатися в тому, що дана концептуальна записка підтверджує і посилює єдине послання, виражене більшістю зовнішніх експертів.

Крім того, експертний комітет вважає, що нинішню кризу слід використовувати як можливість перебудувати нинішню структуру фінансування таким чином, щоб під час створення нових послуг з охорони психічного здоров'я, що надаються за місцем проживання, стара система охорони психічного здоров'я продовжувала функціонувати. Питання не в тому, чи потрібна реформа чи ні, а в формі, швидкості і послідовності змін, необхідних для забезпечення кращого доступу до якісних послуг в галузі психічного здоров'я в країні.

## II. Аналіз витоків сучасної кризи

Той факт, що Україна досі не змогла створити сучасну систему психіатричної допомоги, засновану на поєднанні стаціонарної та амбулаторної допомоги відповідно до сучасних міжнародних стандартів, є результатом складного поєднання факторів.

До *статичних факторів* належать

- Незацікавленість в психічному здоров'ї - у більшості пострадянських країн система охорони психічного здоров'я не є пріоритетом;
- відсутність співпраці між різними зацікавленими сторонами та зацікавленими групами
- і усюдишуца "тіньова економіка", яка частково спричинена хронічним і серйозним недофінансуванням тих, хто працює в галузі охорони психічного здоров'я.

Однак є також низка *динамічних факторів*, які слід врахувати: війна, що почалася в 2014 році окупацією Криму і вторгненням в східні регіони країни, мала значний вплив на систему охорони психічного здоров'я в Україні. У той час як практично всі організації в Україні висловлювали занепокоєння з приводу наслідків війни, впливу травматичного досвіду ветеранів на їх психічне здоров'я і психічний стан суспільства в цілому, в країні було зроблено дуже мало для систематичної і стійкою мінімізації завданих збитків та наслідків війни.

По-друге, досі було відсутнє адекватне керівництво та управління, зокрема, здатність об'єднати професіоналів, які працюють в сфері охорони психічного здоров'я. Існує нагальна потреба в створенні груп підтримки (наприклад, робочих груп, консультативних комітетів і т. ін.) для виконання конкретних завдань, що вимагають спеціальних експертних знань. Загальноприйнята практика в усьому

світі полягає в залученні кращих наявних експертів і людей, що володіють відповідними знаннями та навичками, які могли б зробити свій внесок у вирішення певних завдань.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в своєму Комплексному плані дій в галузі охорони психічного здоров'я на 2013-2020 роки (ВООЗ, 2013) підкреслила, що послуги в галузі охорони психічного здоров'я, що надаються за місцем проживання, набагато ефективніші для потреб населення (особливо в надзвичайних ситуаціях), ніж централізована система охорони психічного здоров'я в вигляді великих психіатричних лікарень, зазвичай розташованих у великих містах. Незважаючи на деякі позитивні зрушення, такі як початкове впровадження програми ВООЗ щодо заповнення прогалів в галузі охорони психічного здоров'я (mhGAP), плани українського уряду щодо вдосконалення системи охорони психічного здоров'я шляхом її децентралізації не були підкріплені адекватною стратегією розвитку служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, нарощуванням потенціалу і компетентних кадрів серед практикуючих лікарів первинної медичної допомоги, а також впровадженням системи акредитації та сертифікації фахівців в області психічного здоров'я. В результаті реалізація другого етапу плану реформи охорони здоров'я, в рамках якого була проведена реструктуризація фінансування спеціалізованих медичних послуг, була приречена на провал, як це фактично і сталося.

### **III. Масштаби кризи в цифрах**

1 квітня 2020 року в Україні було розпочато реформу вторинної і третинної ланки охорони здоров'я. Ці зміни призвели до серйозних бюджетних скорочень для більшості державних лікарень і медичних служб.

З метою вивчення труднощів, що виникли у наданні психіатричної допомоги, Асоціація психіатрів України (АПУ) провела з 8 по 16 квітня 2020 онлайн-опитування директорів різних служб охорони психічного здоров'я. До опитування долучились представники 53 служб охорони психічного здоров'я з 21 регіону України. З чотирьох областей (Луганської, Полтавської, Сумської та Чернівецької) інформації отримано не було. Результати опитування були доведені до відома президента Зеленського та інших офіційних осіб в листі АПУ від 23 квітня 2020 року.

Отримані результати свідчать про те, що фінансування психіатричних лікарень Національною службою охорони здоров'я України за період з 1 квітня по 31 грудня 2020 року було в середньому скорочено вдвічі в порівнянні з відповідним періодом 2019 року. Лікарні з великою кількістю ліжок для довготривалого лікування зіткнулися з ще більш серйозними труднощами.

Фінансові проблеми загрожують привести до скорочення 3 164 ставок. В цілому 2485 фахівців в області психічного здоров'я втратять роботу, в тому числі 197 лікарів, 661 медсестра, 1237 молодших медсестер та 390 інших фахівців, включаючи психологів та соціальних працівників. Крім того, 785 фахівців змушені

були перейти з роботи на повну ставку на неповний робочий день, в тому числі 169 лікарів, 188 медсестер, 309 молодших медсестер і 119 інших фахівців.<sup>2</sup>

1 квітня 2020 року Міністерство охорони здоров'я запровадило нову пакетну модель фінансування, що замінила собою систему фінансування, засновану на відшкодування витрат за ліжко-день. Пакети «психіатричної допомоги дорослим і дітям» були розподілені не лише між психіатричними установами, а й між наркологічними службами і лікарнями загального профілю. Всього ці пакети отримали 194 установи, в тому числі лише 54 психіатричні лікарні.

На основі проведеного АПУ аналітичного огляду офіційних документів не виявлено будь-якого конкретного порядку або плану щодо виділення і розподілу фінансування в сфері охорони здоров'я між установами. Дослідження, проведене АПУ, також показало, що лікарні загального профілю, яким виділявся бюджет на надання психіатричної допомоги, не були готові до впровадження таких послуг і не мали психіатричних відділень для обслуговування пацієнтів.

#### **IV. Роль професійних психіатричних асоціацій**

Реформування системи охорони психічного здоров'я вимагає участі всіх відповідних професійних органів. Будь-яка реструктуризація послуг вимагає додаткових вкладень часу, енергії та емоцій всіх зацікавлених сторін, включаючи психіатрів. Психіатричні асоціації покликані відігравати в цьому процесі унікальну роль, оскільки здатні налагодити швидке спілкування зі своїми членами, зібрати будь-які необхідні дані, консультуватися зі своїми членами на самому ранньому етапі щодо запропонованих змін і звертати увагу на потенційні труднощі. Таким чином вони можуть сприяти більш оптимальному процесу обговорення і впровадження передбачуваних змін. Крім того, Міністерству охорони здоров'я і будь-якій іншій урядовій установі набагато простіше спілкуватися з обраним керівником психіатричної асоціації, який виступає від імені її членів. Лише при постійній і значній участі всіх зацікавлених сторін можна успішно здійснити процес реформ і усунути наявні проблеми і перешкоди.

Експертний комітет ВПА з подивом дізнався, що під егідою Міністерства охорони здоров'я був розроблений проект Національного плану дій в галузі охорони психічного здоров'я, який з 2017 року обговорювався на різних нарадах зацікавлених сторін. Комітет вважає, що залучення психіатричних асоціацій країни в першочерговому порядку до цього обговорення допоможе усунути наявну напруженість і дозволить психіатрам продемонструвати свою прихильність необхідним позитивним змінам. Комітет рекомендує вжити заходів для відновлення довіри і співпраці між Міністерством та психіатрами, представленими обома психіатричними асоціаціями. Спільно з представниками всіх інших

---

<sup>2</sup> За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я, на початок 2019 року в Україні функціонувало 58 психіатричних лікарень та 24 наркологічних стаціонари (22 наркологічні диспансери з стаціонаром та 2 наркологічні лікарні), що містили 26 915 психіатричних та 3 372 наркологічних ліжок. Середня тривалість перебування в психіатричній лікарні становила 48,7 дня, в наркологічній клініці 123 дні. Поширеність розладів психіки і поведінки розладів в Україні становила 3,478 на 100 000 населення (загалом 1468 452 пацієнтів), у тому числі 522 960 пацієнтів (1238 на 100 000 населення) з розладами психічного здоров'я через вживання алкоголю та наркотиків.



зацікавлених сторін вони повинні брати участь у процесі реформ на постійній основі.

Експертний комітет ВПА отримав доступ до недатованого варіанту проекту Національного плану дій в області психічного здоров'я. Експертний комітет ВПА рекомендує використовувати останню версію цього документу в якості основи для його подальшого обговорення між Міністерством, психіатрами і всіма іншими зацікавленими сторонами, які повинні бути частиною процесу доопрацювання документу. Експертний комітет ВПА рекомендує рухатися вперед,

#### **ПРИКЛАД: Британський Королівський коледж психіатрів**

*Британський Королівський коледж психіатрів є професійним і освітнім органом для психіатрів в Великобританії. Він працює на благо людей з психічними захворюваннями, труднощами в навчанні і порушеннями розвитку, просуваючи кращі послуги в області психічного здоров'я, навчаючи психіатрів встановлювати високі стандарти в своїй професії і бути голосом психіатрії.*

*Британський Королівський коледж психіатрів постійно бере участь в розробці та обговоренні державної політики в галузі охорони психічного здоров'я. Уряд не може розробити політику в галузі охорони психічного здоров'я, попередньо не проконсультувавшись з Коледжем. Коледж може виступати від імені психіатрів і тісно співпрацює з усіма відповідними державними установами Великобританії на взаємовигідній і ефективній основі. Коледж бере участь у будь-якому процесі, що пов'язаний зі змінами в сфері охорони психічного здоров'я, чи то розробка нового законодавства чи нової політики в галузі охорони психічного здоров'я. Нещодавнім прикладом діяльності Коледжу є підготовка всіх рекомендацій, пов'язаних з COVID і психічним здоров'ям для психіатрів і пацієнтів, згодом схвалених відповідними урядовими установами, і які тепер широко застосовуються.*

використовувати вже виконану роботу і зберегти оптимально розроблені в документі елементи.

## **V. Можливості правозахисної діяльності**

Рада з прав людини Організації Об'єднаних Націй призначає незалежних експертів з деяких питань прав людини, включаючи охорону здоров'я та інвалідність.<sup>3</sup> Крім надання тематичних доповідей Раді з прав людини в Женеві і Генеральній Асамблеї ООН в Нью-Йорку, ці експерти відвідують країни і публікують доповіді, що містять їх висновки і рекомендації. Україна входить до числа країн, які направили постійні запрошення власникам мандатів спеціальних процедур, з тим щоб вони могли розслідувати ситуацію, що склалася з правами людини і забезпечити міжнародну підзвітність.

Україна підписала ряд договорів з прав людини Організації Об'єднаних Націй. Діяльність країни регулярно (приблизно кожні шість років) оцінюється групою незалежних експертів. Оцінка також ґрунтується на матеріалах громадянського суспільства: асоціації можуть подати письмові матеріали до початку оцінки.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Спеціальний доповідач з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень психічного і фізичного здоров'я; спеціальний доповідач з питання про права інвалідів.

<sup>4</sup> (1) Комітет з прав дитини в кінці вересня підготує матеріали для обговорення в уряді, які будуть оприлюднені в жовтні. У своїй останній оцінці Комітет був стурбований рівнем самогубств серед неповнолітніх (CRC/ C/UKR/CO/3-4).



Незалежні експерти Комітету Ради Європи з питань запобігання катуванням нещодавно (2019 р.) відвідали Україну, надавши чимало відповідних рекомендацій. До Секретаріату можуть бути подані доповнення.

## **VI. На шляху до сучасної моделі організації служб охорони психічного здоров'я**

**Психічне здоров'я - це питання громадського здоров'я.** Результати наукових досліджень свідчать про тісний зв'язок між соціальними стресорами і станом психічного здоров'я. Люди з більш низьким рівнем освіти, доходу або професійної групи піддаються впливу чинників, що впливають на їх психічне здоров'я. Точні механізми цього впливу залишаються неясними, але можуть мати відношення до щоденного стресу, пов'язаному з життєвими обставинами. Таким чином, скорочення страждань, пов'язаних з психічним здоров'ям, не обмежується біологічним медичним підходом, але також включає стратегії зменшення **індивідуальної і соціальної нерівності**.<sup>5</sup>

Для цього потрібний як мінімум *міжгалузевий підхід* та спільна стратегія Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та Міністерства соціальної політики. Він повинен включати, серед інших, боротьбу з дитячою бідністю, соціальний захист впродовж усього життя, підтримуючі програми для доглядачів за людьми із психічними захворюваннями та іншими обмеженими можливостями, боротьбу з домашнім насильством та проактивну політику по відношенню до алкоголю та наркотиків. Це також зобов'язання, передбачені Пактом про економічні, соціальні та культурні права, а також Конвенцією про права інвалідів (КПІ).

### ***Регіональні відмінності потребують рішень на місцевому рівні.***

В силу регіонального розмаїття національні плани повинні доповнюватися децентралізованими місцевими стратегіями надання (що застосовуються до населення конкретної географічної **зони обслуговування**, меншою, ніж область, але такої, що потенційно дорівнює розміру районів) соціальних і психіатричних послуг. Структура фінансування цих послуг повинна включати в себе фінансові стимули для надання догляду за місцем проживання, що перевищують стимули для надання медичного обслуговування в закладах (лікарнях). Ця структура повинна чітко визначити рівень місцевої відповідальності і наділити відповідну юридичну особу - місцеву службу громадської охорони здоров'я - ресурсами та відповідальністю за регіональну захворюваність. Це не є самоочевидним, адже визначити розмір фінансування конкретних установ набагато легше, ніж розмір фінансування регіональних мереж догляду, оскільки потреби в установах обмежені відносно невеликою кількістю людей і сферами життя, а проблеми в суспільстві носять більш комплексний характер. Поширеність психічних розладів серед населення може в чотири рази перевищувати поширеність послуг з охорони

---

(2) Комітет з прав інвалідів проведе дискусію з урядом в першій половині 2021 року: можна буде підготувати матеріали до початку цієї дискусії. (3) Зовсім недавно, в березні, Комітет з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП) дав оцінку ситуації в Україні, критично оцінивши ситуацію в сфері охорони психічного здоров'я (E/C.12/UKR/CO/7).

<sup>5</sup> Соціальні детермінанти і психічне здоров'я. ВООЗ 2014 (ISBN 978 92 4 150680 9)

психічного здоров'я. Тому в амбулаторній охороні здоров'я необхідні різні стратегії пріоритизації медичної допомоги.

Кожному місцевому органу громадської охорони здоров'я і місцевим бригадам з надання допомоги повинен бути виділений **бюджет**, розпоряджаючись яким вони несуть повну відповідальність за свій район обслуговування<sup>6</sup>. Щоб впоратися з гуманітарною кризою в Україні, стратегії в області охорони психічного здоров'я повинні розширити наявну ступінь свободи і включати безліч різних варіантів творчих рішень, що не обмежуються виключно сферою охорони психічного здоров'я. В ідеалі наявний бюджет повинен включати ресурси на охорону психічного здоров'я і соціальне забезпечення. Слід вивчити можливість створення спільних партнерських відносин між представниками громад (включаючи церкви, лікарів загальної практики та місцевих підприємців) і службами в сфері охорони психічного здоров'я на додаток до місцевих ресурсів. Подібна комплексна інтеграція активів дозволить мобілізувати ресурси і проявляти гнучкість у пошуку креативних рішень на благо пацієнтів і осіб, які здійснюють за ними догляд.

### ***Справедливе та адекватне фінансування***

Якщо до України застосовувати показники ВООЗ, то ресурси на охорону здоров'я на душу населення могли б становити 1000 доларів США за ПКС (10% від ВВП), а на охорону психічного здоров'я - 100 доларів США за ПКС (1% ВВП - 46 доларів США нетто на душу населення). За даними Світового банку, загальні витрати України на охорону здоров'я становлять 7% ВВП (дані за 2017 рік), з яких понад 50% оплачуються громадянами «з власної кишені». Державні витрати на охорону здоров'я становлять 3,2% ВВП або 320 доларів США за ПКС (120 доларів США нетто) на охорону здоров'я і 32 долари США за ПКС (12 доларів США нетто) на охорону психічного здоров'я.<sup>7</sup> Це становить, наприклад, <10% бюджету охорони психічного здоров'я в Нідерландах, в той час як число громадян, які отримують медичну допомогу, можна порівняти (4-6%). Перерозподіл ресурсів вимагає розробки національного плану, що охоплює всі сфери життя суспільства. ***Інвестиції в психіатричну охорону здоров'я призводять до 4-разового прибутку на інвестиції.***<sup>8</sup> Однак, щоб отримати цей прибуток, слід задіяти ресурси, пов'язані не тільки з психічним здоров'ям, а й з соматичним, а також інші ресурси суспільства, як професійні, так і непрофесійні.

Вищесказане вимагає організації паралельного, міжсекторального догляду (на відміну від послідовного догляду, який традиційно починається з лікування на основі зменшення симптомів і лише потім включає правову участь і особисте відновлення). КПІ недвозначно заявляє, що особи з інвалідністю (включаючи осіб з психічними розладами) не повинні виключатися зі сфери прав людини, і більш того, уряди зобов'язані заохочувати, захищати і забезпечувати повне і рівне

<sup>6</sup> Під бригадою ми маємо на увазі бригаду з надання послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання, переважно ФАСТ-бригаду (Фокусована Терапія Прийняття та Відповідальності). Критерії і керівництво можна знайти за посиланням: <https://ccaf.nl/fact-facts/english/>.

<sup>7</sup> Дані по ВВП були розраховані з використанням [tradingeconomics.com](http://tradingeconomics.com) і звірені з даними Світового банку (ВВП на душу населення в 2020 р склав 10310 дол. США за ПКС або 3881 дол. США нетто)

(<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA>). Не вдалося отримати жодних даних про співвідношення витрат на охорону здоров'я/психічного здоров'я і співвідношенні витрат на клінічну/амбулаторну допомогу в рамках системи психічного здоров'я (сховище даних Глобальної обсерваторії охорони здоров'я ВООЗ).

<sup>8</sup> Див.: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

здійснення всіма особами з інвалідністю всіх прав людини і основних свобод. Охорона психічного здоров'я не обмежується медичною допомогою, а охоплює всі сфери життя.

### ***Розробка оптимальної системи послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання***

Процесу де-госпіталізації повинен передувати період розвитку амбулаторних ресурсів і практики. Інновації в медичній допомозі не реалізуються в одну мить, після прочитання тієї чи іншої інструкції. Фахівці, пацієнти, їхні родичі, зацікавлені сторони та суспільство в цілому повинні бути впевнені в тому, що інноваційна система догляду відповідає потребам суспільства. Переорієнтація фінансових стимулів з лікарняного догляду на догляд за місцем проживання є необхідним кроком для створення мереж послуг амбулаторної допомоги, а також для освоєння відповідних інноваційних практик.

Ще одна проблема полягає в тому, що перехід від лікарняної системи до амбулаторної часто призводить до скорочення ресурсів для важкохворих пацієнтів. Поширеність психічних розладів серед населення висока, і тому система охоплення населення повинна встановити пріоритети при виділенні ресурсів на медичну допомогу. Системи, що не керовані належним чином або такі, що не дотримуються динаміці ринкового типу, призводять до селективного обслуговування. Саме з цієї причини ресурси, що виділяються на медичну допомогу, не повинні носити безумовний характер. Оскільки в разі безумовного фінансування професіонали схильні створювати служби, що найбільш актуальні для них самих (наприклад, послуги з лікування психозу першого епізоду, клініку з лікування тривожних розладів або терапевтичну спільноту з межових розладів особистості), але не мають регіонального охоплення.

### ***Розуміння ролі лікарні та громади***

Система стаціонарного догляду схильна віддавати пріоритет найбільш вразливим особам, будучи при цьому не надто етичною системою, в значній мірі ігнорує більшість людей з великими потребами в допомозі. Крім того, госпіталізація часто не є оптимальним рішенням для пацієнтів. Найчастіше госпіталізація не веде до зменшення кількості самогубств, не сприяє громадській безпеці і не покращує можливості лікування або функціональні результати. Те ж саме відноситься і до психоневрологічних інтернатів та інших установ довготривалого догляду, які хоч і знаходяться в суспільстві, але клієнти цих установ ізольовані від суспільства, не мають автономії і не користуються в повній мірі правами людини, що гарантовані КПП.<sup>9</sup>

### ***Невеликий масштаб відкриває можливості***

Втілення в життя оптимальних рішень слід планувати в невеликих районах обслуговування, наприклад з населенням 15 000 осіб, що ідеально підходять для активізації місцевих ресурсів і розробки стратегії громадської охорони здоров'я. Для районів обслуговування з населенням 15 000 осіб середня поширеність психічних захворювань серед населення становить 24% (3600), потреба в

<sup>9</sup> THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. 2013. Збалансована модель надання допомоги для глобального психічного здоров'я. *Psychological Medicine*, 43, 849-63.

медичній допомозі - 6% (900), а поширеність важких психічних захворювань - 1,5% (225). Фактична поширеність сильно відрізняється по районах. Виділений бюджет повинен бути пов'язаний з поширеністю психічних захворювань (а не з історичною поширеністю в районі медичних послуг) і включати поправки на розподіл за віком, соціально-економічне становище, міграцію та урбанізацію).

Бюджетні поправки повинні вноситися щоразу, коли регіональна система охорони психічного здоров'я також повинна надавати послуги іншим пацієнтам з інвалідністю, з огляду на, наприклад, відсутність окремих наркологічних служб, окремої системи будинків престарілих і окремої системи надання послуг особам з розумовими порушеннями.

### ***Перехідний період, що дозволяє задіяти додаткові ресурси***

Експертний комітет ВПА цілком підтримує рішення міністра про надання **екстреного фінансування** для пом'якшення дефіциту, викликаного новою структурою фінансування, яка була введена 1 квітня 2020 року. Експертний комітет ВПА пропонує також вважати 2021 рік перехідним роком, що надає достатньо часу для завершення розробки проекту Національного плану дій в області психічного здоров'я і відповідної структури фінансування, що дозволяє (і сприяє) розвиток служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання і поступово призводить до скорочення лікарняних ліжок, після того як служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання будуть готові до обслуговування пацієнтів.

Особливу увагу слід приділяти розвитку електронної та мобільної систем охорони здоров'я для підвищення потенціалу самопомоги і життєстійкості вразливих груп населення, а також для зниження витрат і задоволення неохоплених потреб населення. Крім того, визнаючи, що освіта не входить в компетенцію Міністерства охорони здоров'я, розробка адекватних програм підготовки фахівців в області охорони психічного здоров'я повинна бути абсолютним пріоритетом, так само як і заходи щодо зменшення ризику відтоку кадрів, які пройшли таку підготовку.

І нарешті, розробка регіональної мережі послуг повинна також включати в себе непрофесійні ресурси та сприяти розширенню можливостей залучення користувачів послуг і їх родичів. Активний рух користувачів може сприяти створенню керованих користувачами служб (наприклад, по підтримувальній зайнятості і захищеному житлу), які є стійкими і низьковитратними (наприклад, з використанням клубної моделі).

## VII. **Заключні рекомендації**

Експертний комітет ВПА закликає обидві українські психіатричні асоціації використовувати дану концептуальну записку в якості основи для майбутньої взаємодії з Міністерством охорони здоров'я.

### **1. Відновлення довіри та співпраці між усіма зацікавленими сторонами**

Цілком очевидно, що другий етап плану реформи охорони здоров'я не був підготовлений належним чином і реалізований в той час, коли Україна була охоплена пандемією COVID-19. Поєднання обох чинників призвело до глибокої кризи, якої можна і треба було уникнути.

Однак в більш широкому сенсі криза є результатом повного краху довіри між Міністерством охорони здоров'я та психіатрами. Цю довіру необхідно відновити, що потребує зусиль від обох сторін. Лише тоді, коли буде створена платформа зацікавлених сторін, що заснована на повазі і готовності працювати спільно на благо сектора охорони психічного здоров'я, можна буде здійснити такий складний, інтенсивний і тривалий процес, як деінституціоналізація і створення служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання.

Вирішальне значення має прозора і чітка комунікація з усіма установами та інститутами, які задіяні у цих змінах.

Для забезпечення участі клієнтів і користувачів послуг в процесі реформи необхідно створити НУО клієнтів.

### **2. Розробка політики**

Міністерство охорони здоров'я має керувати цим процесом. При цьому консультації експертів і внесок всіх зацікавлених сторін, включаючи психіатрів та пацієнтів, мають першочергове значення.

По суті, необхідна чітка політична основа. Проект **Національного плану дій** в галузі охорони психічного здоров'я слід використовувати як основу для майбутніх консультацій з метою забезпечення підтримки його здійсненню і прихильності всіх зацікавлених сторін.

Необхідно заснувати контролюючий механізм, близький до рівня прийняття рішень Міністерства охорони здоров'я, задля того, щоб швидко, ефективно і активно реагувати на надзвичайні ситуації, які будуть частиною процесу деінституціоналізації.

### **3. Фінансування**

Слід створити **механізм фінансування**, який дозволить продовжувати стаціонарне лікування в період створення нових служб за місцем проживання (подвійне фінансування). Покрокове скорочення/поступова відмова від ліжок призведе до поступової передачі фінансових коштів новоствореним службам.

Ймовірно, будуть потрібні додаткові фінансові та кадрові інвестиції протягом першого періоду деінституціоналізації, для таких цілей повинен бути виділений адекватний бюджет.<sup>10</sup>

#### **4. Підготовка кадрів і розширення масштабів**

Слід створити спеціалізовані **міждисциплінарні команди** для формування основи нових служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Ці команди повинні пройти відповідну підготовку і бути забезпечені ресурсами, перш ніж процес деінституціоналізації буде розгорнуто на національному рівні.

Слід поступово впровадити сучасні технології, такі як додатки електронної та мобільної охорони здоров'я (e-health та m-health); полегшити доступ до веб-сайтів з психічного здоров'я для широкого загалу, підтримуваним клієнтами і професіоналами; розглянути питання про доступ до електронних навчальних матеріалів в контексті сталих програм підготовки фахівців.

Слід запобігати потенційному витоку мізків в результаті звільнень за допомогою часової моделі подушного річного фінансування як для загальної первинної медичної допомоги, так і для психіатричної допомоги на первинному рівні.

#### **5. Права людини**

Необхідно дотримуватися міжнародних керівних принципів і зобов'язань, а також зобов'язань в галузі прав людини.

Для кожного клієнта/пацієнта слід створити незалежне представництво захисту його інтересів. Інтереси клієнтів повинні бути представлені особою, яка є неупередженою як у ставленні до установи, так і до оточення клієнта, але при цьому цілком прихильна благополуччю клієнта і захисту його права на свободу в будь-який час.

#### **6. Заключна рекомендація**

Нарешті, експертний комітет ВПА рекомендує обом українським асоціаціям-членам тримати ВПА в курсі подій і повідомляти про необхідність подальших консультацій з конкретних питань. Такі запити будуть обов'язково розглянуті.

---

<sup>10</sup> Використовувати міжнародні стандарти в області психічного здоров'я (УНП ООН, КПІ), а також рекомендації України (КПІ, КЕСКП, КПП, ЄСПЛ) щодо отримання фінансування.



### **ПРИКЛАД: реформа психічного здоров'я в Грузії**

З часу здобуття країною незалежності в 1991 році Грузія зазнала значних змін в організації системи психічного здоров'я. У 1995 році Грузія прийняла програму охорони психічного здоров'я (як частину нової загальної програми охорони здоров'я), згідно з якою люди з психічними розладами отримують безкоштовні послуги та лікування як у лікарнях, так і в амбулаторних закладах. У 2007 році набув чинності новий прогресивний та заснований на правах Закон про психіатричну допомогу. Закон запровадив деякі нові практики, такі як прийняття рішення суду про будь-яку примусову госпіталізацію в обов'язковому порядку. У 2009 році грузинські експерти проаналізували виконання закону, і було внесено декілька змін. У 2013-2014 роках процес тривав і були внесені деякі зміни, зокрема стосовно процедур судово-психіатричного лікування.

Для системного вирішення проблем та викликів у сфері психічного здоров'я Парламент Грузії прийняв у 2013 році "Державну концепцію охорони психічного здоров'я" як основний документ політики щодо психічного здоров'я. Він визначає державну політику з питань психічного здоров'я та являє собою спільне бачення уряду Грузії та громадянського суспільства щодо процесу розвитку цієї сфери впродовж наступних 10 років. Основна мета цього документу - допомогти всім зацікавленим сторонам зробити свій внесок і досягти максимальних результатів у розвитку та належному функціонуванні системи охорони психічного здоров'я відповідно до їх потреб, можливостей та інтересів.

Одним із важливих елементів у процесі реформи психічного здоров'я став сильний голос неурядового сектору. Професійні асоціації, громадянське суспільство, групи користувачів та організації членів сімей створили міцний альянс, який має важливе значення для гуманного та всеосяжного розвитку психічного здоров'я.

Для виконання цілей, визначених у Державній концепції, Міністерство праці, охорони здоров'я та соціальних питань (МПОЗСП) розпочало процес розробки Національної стратегії та плану дій (НСПД) на 2015-2020 роки, який було прийнято у грудні 2014 року. Під час процесу розробки відомі міжнародні експерти, наприклад проф. Б. Сарацено, проф. Г. Торнікрофт та професор Ж.М.С. де Алмейда відвідали Тбілісі на запрошення МПОЗСП та висловили свої зауваження та рекомендації щодо вдосконалення НСПД. Щоб досягти основних результатів, з 2006 року державний бюджет на охорону психічного здоров'я було істотно збільшено. Поряд із збільшенням фінансування, державна програма психічного здоров'я містила новий стандарт для амбулаторних служб та служб мобільних команд в громаді та служб допомоги при кризових станах. Методику фінансування амбулаторної служби психічного здоров'я було змінено та визначено відповідно до кількості мешканців у кожному районі обслуговування. В результаті фінансування амбулаторій зросло в 2,5 рази і більше. Щодо мобільних служб у громаді, кризових втручань, то зростання було навіть у 10 разів і більше. Внесені зміни призвели до покращення показників у стратегічному документі та плані дій на 2015-2020 роки. Було визначено, що до 2020 року співвідношення між службами в громаді та інституційними службами в Грузії повинно досягти 50/50%. Співвідношення амбулаторних послуг змінилось у 2017 році з 25/75% до 42/58%.

Наразі група місцевих та міжнародних експертів працює над подальшим розвитком системи охорони психічного здоров'я та стратегічного плану на 2020-2025 роки. Основна увага - покращенню інтенсивної та стаціонарної допомоги. Планується перерозподілити стаціонарні ліжка з однопрофільних психіатричних лікарень до багатофункціональних громадських центрів психічного здоров'я та лікарень загального профілю, а також поступово запровадити альтернативні служби психічного здоров'я середньої та високої інтенсивності, наприклад будинки для піклування та будинки сімейного типу, а також кризові послуги в громаді.



## **ПРИКЛАД: Реформа психічного здоров'я у Литві**

Литва після краху Радянського Союзу успадкувала високоцентралізовану та неефективну систему психіатричної допомоги. Уряд в 1997 році прийняв рішення про демонтаж психоневрологічних диспансерів, розташованих у психіатричних лікарнях у всіх великих містах. Як наслідок, психіатрів було скеровано для створення багатопрофільних психіатричних команд на рівні первинної медичної допомоги (як правило, в поліклініках). Також на 35-45% поступово зменшилась кількість ліжок у 10 великих психіатричних лікарнях. Багато хронічних пацієнтів із тяжкими психічними розладами було переведено з лікарень до психоневрологічних інтернатів (будинків соціальної допомоги).

Починаючи з 1997 року, амбулаторна психіатрична допомога поширювалась у всіх географічних регіонах Литви і зараз її надають у 114 центрах первинної психіатричної допомоги. Ця допомога є спеціалізованою та надається багатодисциплінарними командами, до складу яких входять психіатр, медичний психолог, психіатрична медсестра, соціальний працівник та інші фахівці психіатричної допомоги.

У 2013 році уряд Литви прийняв новий план реформ, згідно з яким структурні фонди ЄС використали для покращення служби: 5 кризових відділень у психіатричних лікарнях та лікарнях загального профілю було реконструйовано, а в системі первинної допомоги відкрито декілька гострих відділень та 27 нових центрів денного перебування (створено загалом 40 спеціалізованих психіатричних центрів денного перебування). Досі в роботі служби залишаються прогалини, особливо для людей з важкими психічними розладами, внаслідок чого їх часто скеровують безпосередньо до психіатричних лікарень.

У 1995 році в психіатричних лікарнях було запроваджено соціальну реабілітацію для осіб із важкими психічними розладами, а у 2001 році у Вільнюсі було створено перший центр психосоціальної реабілітації в громаді. Було розроблено послуги з професійної реабілітації та моделі підтримки зайнятості для амбулаторних пацієнтів з інвалідністю внаслідок психозу, і зараз вони надають допомогу близько 250 пацієнтам щороку. З 2016 року національний фонд здоров'я відшкодовує витрати на послуги психосоціальної реабілітації (стаціонарні та амбулаторні), але у порівнянні зі стаціонарними витратами, вони становлять менше 5%.

### **Фінансування служб охорони психічного здоров'я.**

З 2012 року Національний фонд медичного страхування запровадив модель оплати за групами, пов'язаними з діагнозом (Diagnosis-Related Groups) для стаціонарних служб, включаючи психіатричні лікарні (відповідно до МКХ-10-АМ). Ця модель враховує коморбідні діагнози, а компенсацію за послуги здійснюють шляхом обчислення вартості ведучої діагностичної групи. Кодування основних діагнозів та коморбідних станів призводить до комбінованих випадків за діагностичними групами. Однак у кожній діагностичній групі є 2 підгрупи: А і В. Група А складається з усіх діагнозів конкретного розділу МКХ та інших коморбідних станів, які мають значний негативний вплив на функціонування та більші прямі витрати на лікування під час госпіталізації (наприклад, параноїдна шизофренія із соматичними ускладненнями, такими як цукровий діабет або метаболічний синдром, фінансується приблизно 2000 євро за випадок).

Навпаки, діагнози групи В мають менший негативний вплив на функціонування, а також менші прямі виплати під час стаціонарного лікування (наприклад, параноїдна шизофренія без соматичних ускладнень, таких як діабет, метаболічний синдром, глаукома або псоріаз фінансується приблизно 1600 євро за випадок). Ця система стосується лише витрат для госпіталізованих пацієнтів (включаючи психосоціальну реабілітацію) і не забезпечує витрат на денний догляд або первинну допомогу (вони фінансуються окремими схемами).

Первинна допомога фінансується щорічною оплатою за всіх громадян, які проживають на території обслуговування (6,8 EUR/мешканця на рік, незалежно від кількості звернень або специфіки допомоги, що надаються неповносправним особам чи іншим групам з особливими потребами). Це дозволяє досягти певної гнучкості в плані найму фахівців відповідно до локальних потреб, але також воно істотно обмежене порівняно з покриттям DRG витрат у психіатричних лікарнях. Медичне страхування не фінансує менеджмент випадків, кризові втручання чи групи з асертивного лікування.

## Додаток 1

# Огляд системи охорони психічного здоров'я в Україні

У 2019 року 1 847 113 громадян України (приблизно 4,5% населення) отримали психіатричну допомогу. В цілому 1 499 239 пацієнтів біло обслуговано в амбулаторних умовах, 308 735 пацієнтів пройшли лікування в психіатричних лікарнях і 39 139 - в денних стаціонарах.<sup>11</sup>

## I. Фінансування

Основне фінансування психіатричної допомоги надходить з державної програми охорони здоров'я. У 2019 інші джерела психіатричної допомоги включали муніципальні та обласні бюджети. Додаткові кошти є в розпорядженні Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства юстиції, Служби безпеки та управління залізничного транспорту України. Однак загальні витрати на психіатричну допомогу ніколи не аналізувалися.

Фінансування охорони психічного здоров'я		
	2019	2020
Бюджет охорони здоров'я	3.55 млрд USD	4.2 млрд USD
Бюджет охорони психічного здоров'я	-	-
Модель відшкодування витрат лікарням	За ліжко-день	За випадок (280 USD)
Фінансування амбулаторної служби	Бюджет покривав витрати на консультації, діагностику, лікування, реабілітацію та медикаменти	2 USD/за візит Не передбачено кошти на медикаменти
Фінансування денних стаціонарів	Керівники самостійно приймають рішення щодо видатків із загального фонду лікарні	Припинилося

У 2020 році була введена нова модель фінансування (на основі пролікованого випадку замість ліжко-дня). Існують також інші державні програми, які повністю покривають замісну метадонову терапію, примусове лікування і всі витрати на судово-психіатричну експертизу, а також програми охорони здоров'я для дітей з розладами аутистичного спектру, включно з коштами на медикаменти.

## II. Персонал системи охорони психічного здоров'я

### а. Стаціонарні служби:

Психіатри:	1,286
Психіатричні медичні сестри	8,937
Психологи:	262
Соціальні працівники:	76

<sup>11</sup> Дані Міністерства охорони здоров'я України, 01.01.2020р. Населення України без Криму та Севастополя складає 41902166 осіб.

Фахові терапевти (лікар-психотерапевт): 23

**в. Амбулаторні послуги та послуги, що надаються за місцем проживання**

Психіатри: 1,183  
 Медичні сестри: 2,156  
 Психологи: 32  
 Соціальні працівники: 47  
 Інші (психологи): 177

**с. Денні стаціонари**

Психіатри (дорослі, дитячі та підліткові): 74  
 Медичні сестри: 166  
 Психологи (лікарі-психологи) 6  
 Соціальні працівники: 5  
 Інші (психологи): 8

	Кількість установ	Кількість ліжок/пацієнтів	Тривалість госпіталізації/лікування	Фінансування
Психіатричні лікарні (без наркологічних відділень)	56	26915	48,7 днів	1) 280 USD/за випадок 2) Державна програма фінансує примусове лікування та судово-психіатричну експертизу. 3) Дітям з порушеннями спектру аутизму держава надає медичну допомогу та ліки 4) Міські та обласні бюджети покривають комунальні витрати лікарень
Психіатричні відділення у лікарнях загального профілю	-	-	-	Немає достатніх даних щодо варіантів фінансування психіатричних відділень в лікарнях загального профілю. Директора лікарень можуть самі вирішувати, скільки витратити на психіатричні відділення. Зазвичай вони використовують залишкові кошти. З 1 квітня 2020 року доступні два пакети послуг: 1) 280 доларів США за стаціонарне лікування (пролікований випадок) і 2) 2 долари США за амбулаторне лікування (одне відвідування)
Амбулаторні послуги: 1) Дільничні психіатри у лікарнях загального профілю 2) Психіатричні диспансери 3) Психіатричні амбулаторно-поліклінічні відділення у стаціонарах загального профілю та в психіатричних лікарнях.	-	-	-	2USD/за візит Не передбачено кошти на медикаменти
Денні стаціонари в амбулаторних психіатричних відділеннях у лікарнях загального профілю, психіатричних диспансерах або психіатричних лікарнях				З квітня 2020 року служба припинила функціонування, оскільки була виключена із процесу реформування психіатричної служби
Мобільна бригада				В Україні лише одна мобільна бригада

## Додаток 2

### Міжнародна підзвітність

#### 1. ООН

##### 1.1. Особливі процедури

Рада з прав людини Організації Об'єднаних Націй призначає незалежних експертів з деяких питань прав людини, включаючи охорону здоров'я та інвалідність. Крім того, що вони надають тематичні дослідження Раді з прав людини в Женеві і Генеральній Асамблеї ООН в Нью-Йорку, вони відвідують країни і публікують доповіді, що містять їх висновки та рекомендації. Україна входить до числа країн, які направили постійні запрошення власникам мандатів спеціальних процедур. Серед приблизно двох десятків мандатів наступні можуть, мабуть, виявитися корисними в розв'язанні кризи в сфері охорони психічного здоров'я в Україні:

- a. Спеціальний доповідач стосовно права кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я;
- b. Спеціальний доповідач з прав осіб з інвалідністю
- c. Незалежний експерт з питання про наслідки зовнішньої заборгованості та інших відповідних міжнародних фінансових зобов'язань держав для повного здійснення прав людини, зокрема економічних, соціальних і культурних прав (A/HRC/40/57/Add.1). Експерт відвідав країну в травні 2018 року і представив доповідь Раді з прав людини в березні 2019 року. Можливі наступні заходи щодо бюджетних питань.
- d. Спеціальний доповідач з питань тортур та інших жорстоких, нелюдських чи принижуючих гідність видів поводження чи покарання, який відвідав Україну в червні 2018 року та звітував Раді ООН з прав людини в березні 2019 року (HRC/40/59/Add.3). Проведення подальшого спостереження також може бути запропоновано.

##### 1.2. Договірні органи

Україна підписала низку договорів з прав людини Організації Об'єднаних Націй. Діяльність країни регулярно (приблизно кожні шість років) оцінюється групою незалежних експертів. Оцінка ґрунтується в тому числі на матеріалах громадянського суспільства: асоціації також можуть подати письмові матеріали до початку оцінки.

Заплановані оцінювання:

- a. Комітет з прав дитини наприкінці вересня: підготує тези відкритих обговорень уряду впродовж жовтня. В своїй попередній оцінці Комітет зауважив щодо рівня самогубств серед неповнолітніх (CRC/C/UKR/CO/3-4).
- b. Комітет з прав осіб з інвалідністю проведе обговорення з урядом у першій половині 2021 року; можливо зробити внесок в перелік питань до початку цього обговорення.
- c. Нещодавно, в березні, Комітет з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП) оцінив ситуацію в Україні, піддавши критиці ситуацію в області охорони психічного здоров'я (E/C.12/UKR/CO/7).

#### 2. Рада Європи

Незалежні експерти Комітету Ради Європи з питань запобігання катуванням нещодавно відвідали Україну (2019 р.), надавши чимало відповідних рекомендацій. Подальші відомості можуть бути подані до Секретаріату.

## Члени Експертної комісії

### Голова

**Професор Ека Чконія**, доктор медичних наук, є президентом Товариства грузинських психіатрів, клінічним директором Тбіліського центру психічного здоров'я, професором психіатрії Тбіліського державного медичного університету. Напрямки її наукових досліджень зосереджені на організації психіатричної допомоги. Її клінічний інтерес пов'язаний з лікуванням важких психічних розладів і профілактикою самогубств

### Секретар:

**Професор Роберт Ван Ворен** є виконавчим директором міжнародної організації Права людини в психіатрії-Федерація Глобальна ініціатива в психіатрії (FGIP), професором університету Вітовта Магнуса в Каунасі (Литва) та директором науково-дослідного центру Андрія Сахарова.

### Члени комісії:

**Проф. Філіпп Делеспаул**, бельгійський клінічний психолог та професор з інновацій у охороні психічного здоров'я Маастрихтського університету (кафедра психіатрії) та трасту психічного здоров'я Мондріаан. Є радником для місцевих, регіональних, національних та міжнародних користувачів послуг, клініцистів та зацікавлених сторін щодо інновацій в галузі психічного здоров'я. <https://orcid.org/0000-0001-7420-0898>

**Професор Арунас Германавічюс**, директор республіканської психіатричної лікарні у Вільнюсі та професор психіатрії медичного факультету Вільнюського університету (Литва). Напрямки його досліджень зосереджено на розробці та оцінці послуг в громаді для людей з важкими психічними захворюваннями, психосоціальної реабілітації, соціальної психіатрії, громадському психічному здоров'ю, попередженні самогубств, захисті прав людини та проблемах стигми через психічні розлади. <https://orcid.org/0000-0002-1226-1449>

**Пан Роб Кейкенс**, консультант з питань психічного здоров'я Нідерландської Е-Академії та Федерації Глобальної ініціативи з психіатрії та викладач медсестринської справи в психіатрії у Нідерландах та за кордоном

**Професор Ігор Куценюк**, доктор медичних наук, професор психіатрії Каліфорнійського університету в Сан-Дієго, директор Центру досліджень, навчання та менеджменту в сфері злочинності та залежності, директор міжнародного РЕPFAR центру з обміну технологіями в галузі залежностей – Україна, колишній керівник відділу профілактики, лікування та реабілітації в офісі ООН з питань наркотиків та злочинності у Відні. Він також є віце-президентом Міжнародного консорціуму університетів щодо зменшення вживання наркотиків.

**Др. Маріанна Шульце**, магістр права, незалежний юридичний консультант та експерт з прав людини у Відні, Австрія. Фокус її діяльності - впровадження Конвенції про права осіб з інвалідністю в психіатричних установах. Вона є членом правління Федерації Глобальна ініціатива в психіатрії.

**Професор Норберт Скокаускас**, доктор медичних наук, професор дитячої та підліткової психіатрії та завідувач кафедри досліджень Центра психічного здоров'я дітей та підлітків і захисту дітей при Норвезькому університеті природних та технічних наук. Голова секції дитячої та підліткової психіатрії Всесвітньої психіатричної асоціації та редактор журналу "Всесвітня дитяча та підліткова психіатрія".