

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет правничих наук
Києво-Могилянська школа врядування імені Андрія Мелешевича

Магістерська робота
освітній ступінь – магістр

на тему: **«Розробка служби психічного здоров'я на національному
рівні в системі публічного врядування»**

Виконала студентка 2-го року
навчання, спеціальність 281
Публічне управління та
Адміністрування
Духнич Катерина Сергіївна

Керівник: Халецька А.А.,
доктор наук з державного
управління, професор.

Рецензент: Поспелова Т.В.,
доктор наук з державного
управління, доцент університету
ім. Б.Гринченка

Магістерська робота захищена
З оцінкою _____
Секретар _____

« ____ » _____ 2022 р.

Київ-2022

ЗМІСТ

ВСТУП	Error! Bookmark not defined.
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	Error! Bookmark not defined.
1.1. Теоретичні основи функціонування та розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні	Error! Bookmark not defined.
1.2. Зарубіжний досвід у створенні системи охорони психічного здоров'я	Error! Bookmark not defined.
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ	Error! Bookmark not defined.
2.1. Оцінка сучасного стану системи психічного здоров'я в Україні	Error! Bookmark not defined.
2.2. Нормативно-правова та інституційна база розвитку системи психічного здоров'я	Error! Bookmark not defined.
2.3. Основні переваги та недоліки діючої системи охорони психічного здоров'я	Error! Bookmark not defined.
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОПОЗИЦІЙ ЩОДО СТВОРЕННЯ СЛУЖБИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	Error! Bookmark not defined.
3.1. Варіанти політики розвитку системи психічного здоров'я.....	Error! Bookmark not defined.
3.2. Пропозиції щодо оцінки ефективності впровадження служб психічного здоров'я в Україні	Error! Bookmark not defined.
ВИСНОВКИ	Error! Bookmark not defined.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	Error! Bookmark not defined.
ДОДАТКИ	Error! Bookmark not defined.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

ВСТУП

Обґрунтування теми, актуальності, наукового та практичного значення.

В Україні система охорони психічного здоров'я в цілому успадкувала організаційну структуру, стратегії та практики, переваги та недоліки радянської системи, яка не суттєво змінилася з початку незалежності. Система організації психічного здоров'я фокусується на біомедичних підходах, що реалізуються в стаціонарних відділеннях наркологічних, психіатричних лікарняних закладів. Відтак, станом на 31.12.2021 кількість психіатричних (психоневрологічних) лікарень (як допоміжних структурних підрозділів в лікувально-профілактичних бюджетних закладах в Україні) становить 54 одиниці з чисельністю зайнятих посад у розмірі 22 644 осіб¹. На 1 січня 2017 р. 1673328 жителів України перебували на обліку у зв'язку з розладами психіки та поведінки, в тому числі 694928 – внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків (або 3,9 відсотка населення), до яких переважно застосовується система покарання, а не реабілітації, ресоціалізації. Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальним методам, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги², наданні психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують у територіальних громадах, недостатньо розвинуті

¹ Звіт про мережу медичних закладів.

² КОНЦЕПЦІЯ розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу. В умовах воєнного стану чисельність осіб з розладами психіки суттєво зростає. Вказані особливості організації психічної допомоги в Україні свідчать про інституалізацію, а тому стигматизацію, сегрегацію осіб з психічними розладами.

В Україні також має місце проблема кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, що визначає необхідність змін з метою забезпечення населення якісною допомогою відповідно до протоколів (в тому числі посилення ролі соціальних працівників, ерготерапевтів, психологів та психотерапевтів у наданні допомоги, впровадження спеціалізації медичних сестер у сфері психічного здоров'я тощо)².

На національному рівні в Україні визначено напрямки розвитку цілісної та ефективної системи охорони психічного здоров'я в Україні відповідно Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та Плану заходів на 2021-2023 роки, що в тому числі передбачає: посилення соціального захисту та захисту прав осіб зі стійкими інтелектуальними та/або психічними розладами, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду; удосконалення системи формування та підтримки професійних компетентностей фахівців у сфері охорони психічного здоров'я; розвиток системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад; впровадження технологій, методів та процедур оцінювання психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги; підвищення рівня популяризації психічного здоров'я та профілактики психічних розладів тощо³. В умовах війни розвиток системи психічного здоров'я стає ще більше актуальним, адже у воєнний час та післявоєнний період суттєво зростатиме потреба у психічній підтримці постраждалих осіб з посттравматичними стресовими розладами (наприклад, надання психіатричної допомоги тим, хто вже перебуває на обліку або лікуванні;

² Лінський, С. 127

³ Кабінет Міністрів України. <https://www.kmu.gov.ua/news/kabinet-ministriv-zatverdiv-plan-zahodiv-iz-realizaciyi-koncepciyi-rozvitku-ohoroni-psihichnogo-zdorovya-v-ukrayini>

профілактично – евакуйовані пацієнти). Система психічної підтримки також повинна включати пошук способів підвищення психологічної стійкості медичних працівників, методи лікування після фізичних та емоційних травм, отриманих під час війни, реінтеграцію та запобігання самогубству, тощо.

Вище вказане доводить потребу у розробці цілісної та ефективної служби психічного здоров'я в Україні на рівні первинної медичної допомоги, що має включати дієву профілактику та діагностику психологічного стану, психосоціальні методи та заходи реабілітації, надання психотерапевтичної допомоги, ефективне амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практику домашнього супроводу. У відповідності до сучасних викликів варто розробити цілісну та ефективну систему охорони психічного здоров'я в Україні, що буде враховувати потреби у психічній підтримці осіб у воєнний час. Розробка цілісної та ефективної служби охорони психічного здоров'я передбачатиме визначення основних структурних елементів такої служби на національному рівні, алгоритм її впровадження, зокрема через розробку відповідних цільових програм та планів з підготовки персоналу тощо, визначення структури і головних розділів таких програм. В рамках системи публічного врядування такою службою варто внести пропозиції щодо вдосконалення політики у сфері охорони психічного здоров'я в умовах сучасних викликів/воєнного стану і післявоєнний період.

Об'єкт та предмет дослідження. Об'єкт дослідження – система охорони психічного здоров'я в Україні на національному рівні. Предмет дослідження – розробка служби охорони психічного здоров'я в Україні на національному рівні.

Мета та завдання. Мета дослідження передбачає теоретичне обґрунтування та розробку пропозицій щодо створення служби психічного здоров'я на національному рівні на основі системи охорони психічного здоров'я населення.

Основні завдання дослідження:

1. Визначити теоретичні основи функціонування та розвитку системи психічного здоров'я в Україні

2. Проаналізувати зарубіжний досвід у створенні системи психічного здоров'я.
3. Оцінити стан системи психічного здоров'я в Україні.
4. Виявити особливості нормативно-правової та інституційної бази в розвитку системи психічного здоров'я.
5. Визначити основні переваги та недоліки діючої системи охорони психічного здоров'я.
6. Запропонувати варіанти політики розвитку системи психічного здоров'я.
7. Провести оцінку ефективності впровадження служб психічного здоров'я в Україні.

Стислий огляд літератури. Проблема психічного здоров'я особистості започаткована видатними західними психологами Г. Олпортом, К. Роджерсом, А. Маслоу. Її розглянуто в працях багатьох українських вчених (О. Василевська, А. Борисюк, Л. Засекіна, Н. Колотій, І. Галицька, С. Болтівець, Г. Ложкін, Л. Лушин та ін.) учених, зокрема в працях щодо стану системи психічного здоров'я України (Шафранський, В. В., Дудник, С. В., Пінчук, І. Я., Лінський, І. В., Чорна, В. В., Возний, Д. В., Губар, О., Осуховська, О. С., Степанова, Н. М., Миронюк, В. І., Міщиха, Л. П., Кулеша-Любінець, М. М., Березовська, Є. О., Кризина, Н. П., Корнацький, В. М., Михальчук, В. М., Дяченко, Л. О.). У дослідженнях психічне здоров'я визначено як стан душевного благополуччя людини, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і можливістю свідомого регулювання поведінки й діяльності.

Методологія включає методи історичного аналізу розвитку системи психічного здоров'я, методи збору інформації та її узагальнення, структурування, систематизації, контент-аналізу наукових публікацій, законодавства України у сфері психічного здоров'я та системи публічного врядування в цій сфері, документів державної політики у сфері повноважень органів врядування системою психічного здоров'я, положення стратегічних та програмних документів у сфері державної політики щодо розвитку системи

психічного здоров'я, статистичного аналізу та оцінки даних Центру медичної статистики України щодо стану системи психічного здоров'я, порівняння та узагальнення для оцінки зарубіжного досвіду у функціонуванні та розвитку систем психічного здоров'я, критеріального аналізу щодо можливих варіантів політики у розробці служб психічного здоров'я у відповідності до сучасних викликів, методи оцінки можливих ризиків у функціонування запропонованої системи психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1. Теоретичні основи функціонування та розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні

Системи охорони психічного здоров'я у всьому світі не достатньо адекватно реагують на потреби людей з психічними розладами і характеризуються суттєвою недостатністю ресурсів. В глобальному масштабі спостерігається розрив між потребою в лікуванні та її наданням з частими проявами низького рівня якості допомоги. Наприклад, лише 29% людей з психозом⁴ і лише одна третина людей з депресією отримують офіційну психічну допомогу⁵. Люди з психічними розладами також потребують соціальної підтримки, включаючи підтримку в розвитку та підтримці особистих, сімейних і соціальних стосунків. Люди з психічними розладами також можуть потребувати підтримки при проходженні освітніх програм, працевлаштуванні, пошуку житла та участі в інших значущих заходах. Проблематика інтеграції системи надання психічної допомоги в первинну ланку галузі охорони здоров'я також актуальна в глобальному масштабі.

Комплексний план дій ВООЗ з питань психічного здоров'я на 2013–2030 роки визнає важливу роль психічного здоров'я у підтримці життєдіяльності всіх людей. План включає 4 основні цілі⁶:

⁴ Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

⁵ Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 2022;19(2):e1003901. [doi:10.1371/journal.pmed.1003901](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901).

⁶ Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Accessed 14 May 2022).

- 1) посилити ефективне лідерство та управління системою психічного здоров'я;
- 2) надання комплексних, інтегрованих та відповідних послуг в сфері психічного здоров'я та соціальної допомоги в громадських умовах;
- 3) впровадження стратегій зміцнення та профілактики психічного здоров'я;
- 4) оптимізація інформаційних систем, доказової медицини та покращення сфери досліджень психічного здоров'я.

Вказані цілі важливі на національному рівні окремих країн та потребують розробки й реалізації стратегій, політики, планів та заходів їх досягнення. Проблема психічного здоров'я становить невід'ємну складову зовнішньої та внутрішньої політики держави, передбачаючи такі головні напрямки: 1) забезпечення конституційних прав пацієнта на повагу, конфіденційність, якісне лікування, реабілітацію та дотримання санітарно-гігієнічних вимог щодо безпечного перебування у закладах охорони психічного здоров'я; 2) забезпечення та отримання доступу до медичного страхування у приватному та державному секторах; 3) проведення усіх необхідних заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я населення [7]. Серед ключових заходів, які становлять собою суттєвий виклик у його реалізації для різних країн, є організація служб психічного здоров'я в національних масштабах для збільшення рівня доступності психічної допомоги для різних категорій населення незалежно від доходів.

У дослідженні Чорна В. В. наведено класифікацію організації служби охорони психічного здоров'я в різних країнах за такими категоріями:

1. Служба охорони психічного здоров'я: 1) первинної медико-санітарної ланки, до якої відносяться медичні послуги, які надаються сімейними лікарями, медичними сестрами, психологами, психіатрами, невропатологами, соціальними працівниками за місцем проживання і залишатимуться в своєму оточенні; 2) на базі первинної медико-санітарної ланки, зокрема організація роботи центрів з

⁷ Чорна В. В. Детермінація психічного здоров'я населення в Україні та країнах ЄС // Довкілля та здоров'я. – 2020. – №. 2 (95). – С. 47-53.

надання психологічної допомоги населенню, які будуть надавати медико-психологічну допомогу з початковими ознаками тривожного та депресивного реагування, предикторами емоційного вигорання. Саме така організація психічної допомоги становить найбільш вагомий виклик для різних країн, які пройшли значний шлях від деінституціоналізації цієї сфери до розвитку ефективних служб та підрозділів.

2. Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю (для профілактики стигматизації), яка передбачає надання включає послуг в районних або центральних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги психіатрами, медичними сестрами, соціальними психологами, фахівцями, які пройшли спеціальний курс підготовки з психіатрії.

3. Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки, які надають послуги для хворих з гострими психічними розладами у відділеннях суворого режиму, відділеннях судової психіатрії, а також для хворих важко виліковних психічних захворювань, при постійному контролі правозахисних організацій⁸.

Служби охорони психічного здоров'я можуть бути державної та приватної форми власності. До державних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть відноситись мобільні мульти дисциплінарні кризові бригади, які тісно працюють з медичними установами первинної медико-санітарної ланки, зі спеціалістами районних або центральних лікарень загального профілю, лікарнями при навчальних закладах у загальних палатах і відділеннях невідкладної психіатричної допомоги, реабілітаційними службами. До приватних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть належати члени спільноти, громади, народні цілителі та знахарі, а також приватні будинки для хворих з психічними захворюваннями [⁹]. Залежно від

⁸ Чорна В. В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС //Вісник Вінницького національного медичного університету–Bulletin of Vinnitsia National Medical University. – 2020. – Т. 3. – №. 24. – С. 447-456.

⁹ Чорна В. В. Детермінація психічного здоров'я населення в Україні та країнах ЄС //Довкілля та здоров'я. – 2020. – №. 2 (95). – С. 47-53.

ступеня тяжкості психічного розладу та соціально-демографічних характеристик (вік, місце проживання, дохід тощо) пацієнти можуть звертатися до державних чи приватних спеціалістів в сфері психічного здоров'я.

Психічний розлад характеризується клінічно значущим порушенням пізнання, емоційної регуляції або поведінки людини. Зазвичай це пов'язано з дистресом або порушенням у важливих сферах функціонування. Існує багато різних типів психічних розладів. Психічні розлади також можна назвати станами психічного здоров'я. Останній є більш широким терміном, який охоплює психічні розлади, психосоціальні відхилення та (інші) психічні стани, пов'язані зі значним дистресом, порушенням функціонування або ризиком самоушкодження. Згідно Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКБ-11) виділено такі психічні розлади:

1. Тривожні розлади. У 2019 році 301 мільйон людей у світі жили з тривожним розладом, у тому числі 58 мільйонів дітей та підлітків. Тривожні розлади характеризуються надмірним страхом і занепокоєнням і пов'язаними з ними поведінковими розладами. Для лікування тривожних розладів пропонується ефективне психологічне лікування, залежно від віку та тяжкості захворювання також може бути розглянуто медикаментозне лікування.

2. Депресія. У 2019 році 280 мільйонів людей жили з депресією у всьому світі, у тому числі 23 мільйони дітей та підлітків. Депресія відрізняється від звичайних коливань настрою та короткочасних емоційних реакцій на виклики в повсякденному житті. Під час депресивного епізоду людина відчуває пригнічений настрій (почуття сум, дратівливість, порожнечу) або втрату задоволення чи інтересу до діяльності протягом більшої частини дня, майже щодня, щонайменше, протягом двох тижнів. Люди з депресією мають підвищений ризик самогубства.

3. Біполярний розлад У 2019 році 40 мільйонів людей страждали від біполярного розладу. Люди з біполярним розладом відчувають чергування депресивних епізодів з періодами маніакальних симптомів.

4. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Поширеність ПТСР та інших психічних розладів висока в умовах конфлікту (3). ПТСР може розвинути після впливу надзвичайно загрозливої або жахливої події або серії подій.

5. Шизофренія, якою страждають приблизно 24 мільйони людей або 1 з 300 людей у всьому світі. Очікувана тривалість життя людей з шизофренією на 10-20 років нижча за тривалість життя населення в цілому. Шизофренія характеризується значними порушеннями сприйняття та зміною поведінки.

6. Розлади харчової поведінки. У 2019 році 14 мільйонів людей відчували розлади харчової поведінки, у тому числі майже 3 мільйони дітей та підлітків¹⁰. Розлади харчової поведінки, такі як нервова анорексія та нервова булімія, включають неправильне харчування та заклопотаність їжею, а також значні проблеми з масою тіла та формою.

7. Розлади поведінки та дисоціальні розлади. У всьому світі у 2019 році 40 мільйонів людей, включаючи дітей та підлітків, жили з поведінково-дисоціальним розладом у 2019 році¹¹. Розлади поведінки та дисоціальні розлади характеризуються постійними проблемами поведінки, такими як постійна зухвалість або неслухняність у поведінці, яка постійно порушує основні права інших або основні відповідні віку суспільні норми, правила чи закони.

8. Розлади нервового розвитку – це поведінкові та когнітивні розлади, що виникають у період розвитку та пов'язані зі значними труднощами у набутті й виконанні специфічних інтелектуальних, рухових, мовних чи соціальних функцій (розлади інтелектуального розвитку, розлад спектру аутизму та синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ)). Системи охорони здоров'я та соціальна підтримка.

В контексті дослідження публічного врядування системою охорони здоров'я варто дослідити механізм її функціонування на національному рівні та

¹⁰ Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed 14 May 2022).

¹¹ Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed 14 May 2022).

основні компоненти для ефективного управління елементами системи, серед яких (Рисунок 1.1): 1) політика та плани, стратегії, визначені на національному рівні; 2) законодавство у сфері психічного здоров'я; 3) співпраця між основними зацікавленими сторонами; 4) фінансування; 5) національне страхування психічного здоров'я; 6) трудові ресурси (персонал) у сфері психічного здоров'я.



Рис. 1.1. Основні компоненти публічного врядування системою охорони психічного здоров'я

Джерело: складено автором на основі ¹²

ВООЗ визначав Комплексний план дій з питань психічного здоров'я, в якому ефективне управління та сильне лідерство являють собою вирішальні фактори для розробки ефективної політики та планів в сфері психічного здоров'я. Політика – це офіційно затверджений документ стратегічного характеру, що визначає бачення, набір цінностей, принципів і цілей, загальний план дій для досягнення цілей та шляхи покращення психічного здоров'я населення. Політика повинна бути побудована на основі детального плану із конкретними стратегіями та заходами, які будуть реалізовані у встановлені терміни. У плані повинні бути визначені необхідні ресурси досягнення цілей.

¹² Mental Health ATLAS 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Політика та плани в сфері психічного здоров'я можуть бути окремими документами або можуть бути інтегровані в інші стратегічні документи в галузі охорони здоров'я.

Законодавство в сфері психічного здоров'я є вирішальним компонентом управління і стосується конкретних правових положень в цій сфері. Законодавчі положення мають бути узгоджені з основними принципами, цінностями та цілями політики шляхом заохочення прав людини для осіб з психічними розладами та психосоціальними вадами та встановлення механізмів нагляду для моніторингу відповідності міжнародним стандартам прав людини та обмеження практик примусу та лікування.

Реалізація політики/планів і законів в сфері психічного здоров'я вимагає співпраці між кількома секторами, що включає в себе партнерство Міністерства охорони здоров'я країни в галузі охорони здоров'я та за його межами з метою розробки системи, орієнтованої на людей, покращення координації послуг та впровадження програм, зміцнення шляхів надання психічної допомоги. Співпраця зацікавлених сторін потребує впровадження принципів забезпечення сильного лідерства та міжгалузевої взаємодії зацікавлених сторін, таких як користувачі послуг та групи захисту сім'ї чи опікунів, соціальні служби/соціальне забезпечення, правосуддя, освіта, житло, зайнятість, державні та неурядові установи, засоби масової інформації, наукові установи, місцеві та міжнародні НУО, які захищають служби психічного здоров'я, приватний сектор, професійні асоціації, релігійні організації/установи. Залучення зацікавлених сторін має здійснюватися за допомогою формалізованих і скоординованих структур, механізмів для забезпечення ефективної та стійкої співпраці, досягнення ефективних результатів.

Фінансування також є важливим компонентом публічного врядування. Наявність виділених фінансових ресурсів для фінансування сфери психічного здоров'я має вирішальне значення для розробки, впровадження та підтримки служб психічного здоров'я. Витрати на психічне здоров'я можуть включати витрати, що здійснюються в первинній або загальній медичній допомозі,

спеціалізованій/вторинній медичній допомозі та соціальній допомозі, витрати на реалізацію програм (адміністрування/управління, навчання та нагляд), а також заходи з профілактики та підтримки психічного здоров'я. Відтак, за даними ВООЗ, середні річні державні витрати на душу населення на психічне здоров'я, про які звітували країни-респонденти, становили 7,49 доларів США у 2019 році. Дані Світової бази даних ВООЗ про витрати на охорону здоров'я (GHED), для країн, які брали участь в опитуванні в межах проєкту ВООЗ «Атлас психічного здоров'я 2020», у світі медіана внутрішніх державних витрат на охорону здоров'я загалом у 2018 році становила 367 доларів США на душу населення, таким чином, державні витрати на психічне здоров'я становили 2,1% від світової медіани державних витрат на здоров'я в цілому. Середні світові витрати на психіатричні лікарні становили 2,77 доларів США на душу населення у 2019 році для 51 країн-респондентів, що відповідає 66% загальних державних витрат на психічне здоров'я. Понад 70% загальних державних витрат на психічне здоров'я було виділено на психіатричні лікарні в країнах з високим і нижчим середнього рівнем доходу, порівняно з 35% у країнах з високим рівнем доходу. Це свідчить про те, що централізовані психіатричні лікарні та інституційна стаціонарна допомога все ще є основними центрами витрат на послуги з психічного здоров'я, і це свідчить про нагальну потребу в деінституціалізації⁵.

Національне страхування психічного здоров'я також є важливим компонентом публічного врядування системою психічного здоров'я. Включення розладів психічного здоров'я в національне страхування за програмами універсального медичного страхування означає, що всі люди матимуть доступ до необхідних медичних послуг у бажаному місці та часі без фінансових труднощів. Страхування включає повний спектр основних медичних послуг, від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

Трудові ресурси (персонал) у сфері психічного здоров'я є найціннішим активом будь-якої служби психічного здоров'я. Такі медичні послуги залежать від компетентності та мотивації персоналу для пропагування таких проблем, як профілактика психічних розладів та надання допомоги людям із психічними

розладами. За даними ВООЗ, середня кількість працівників психічного здоров'я на 100 000 населення для різних регіонів та країн-членів становила 13 осіб. Доступ до психолога для населення варіюється в усьому світі. Наприклад, середня кількість працівників психічного здоров'я була в 40 разів вищою в Європейському регіоні (44,8 працівника психічного здоров'я на 100 000 населення), ніж в Африканському регіоні (1,6 працівника психічного здоров'я на 100 000 населення) і в 20 разів вище, ніж у регіоні Південно-Східної Азії (2,8 психолога на 100 000 населення)⁴.

В контексті дослідження щодо створення ефективної служби охорони психічного здоров'я варто відмітити потребу в інтеграції такої служби в підсистему первинної медичної допомоги, що відповідатиме міжнародно визначеним стандартам. В Атласі психічного здоров'я 2020 року⁶ «первинна медична допомога» означає надання психіатричної допомоги через неспеціалізовані послуги та працівників, включаючи медичні послуги, що надаються урядовими та неурядовими організаціями, а також приватними (комерційними) медичними закладами. Інтеграція психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу вважається функціональною лише за умови виконання принаймні чотирьох з п'яти наступних критеріїв: 1) на національному рівні є доступні та прийняті рекомендації щодо інтеграції психічного здоров'я в первинну медичну допомогу; 2) фармакологічні заходи щодо психічного здоров'я доступні та надаються на рівні первинної медичної допомоги; 3) психосоціальні заходи щодо психічного здоров'я доступні та надаються на рівні первинної медичної допомоги; 4) медичні працівники на рівні первинної ланки проходять підготовку з питань ведення психічного здоров'я; 5) фахівці з психічного здоров'я залучаються до підготовки та нагляду за фахівцями первинної ланки. Із 160 країн, які брали участь в опитуванні ВООЗ в межах проєкту «Атлас психічного здоров'я 2020»,⁵ лише 15% відповідали всім критеріям функціональної інтеграції психічного здоров'я в первинну медичну допомогу. Проте більшість країн відповідали принаймні трьом із п'яти критеріїв. Критерієм, який найчастіше виконувався, була наявність навчання для медичних

працівників (88% країн, що відповіли); однак країни не відповідали про особливості навчання, такі як його тип, тривалість, охоплення тощо. Найрідше виконуваним критерієм було надання психосоціальних заходів.

Таким чином, системи охорони психічного здоров'я у всьому світі не достатньо адекватно реагують на потреби людей з психічними розладами і характеризуються суттєвою недостатністю ресурсів. в глобальному масштабі існує потреба у посиленні лідерства та управління системою психічного здоров'я; наданні комплексних, інтегрованих та відповідних послуг в сфері психічного здоров'я та соціальної допомоги в громадських умовах; впровадженні стратегій зміцнення та профілактики психічного здоров'я; оптимізації інформаційних систем, доказової медицини та покращення сфери досліджень психічного здоров'я. Організація служби охорони психічного здоров'я в різних країнах відбувається наступним чином: 1. Служба охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки. 2. Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю (для профілактики стигматизації). 3. Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки, які надають послуги для хворих з гострими психічними розладами. Служби охорони психічного здоров'я можуть бути державної та приватної форми власності. В дослідженні наведено механізм функціонування публічного врядування системою охорони здоров'я на національному рівні та виділено такі основні компоненти для ефективного управління елементами системи, серед яких: 1) політика та плани, стратегії, визначені на національному рівні; 2) законодавство у сфері психічного здоров'я; 3) співпраця між основними зацікавленими сторонами; 4) фінансування; 5) національне страхування психічного здоров'я; 6) трудові ресурси (персонал) у сфері психічного здоров'я.

4. Посилання на джерело інформації. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).

5. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).

6. Mental Health ATLAS 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).

Наявність виділених фінансових ресурсів для фінансування сфери психічного здоров'я має вирішальне значення для розробки, впровадження та підтримки служб психічного здоров'я.

1.2. Зарубіжний досвід у створенні системі охорони психічного здоров'я

Останніми роками все більше усвідомлюється важлива роль, яку відіграє психічне здоров'я у досягненні цілей глобального розвитку, про що свідчить включення показників психічного здоров'я до стратегії досягнення цілей сталого розвитку. Для прикладу, за даними ВООЗ депресія є однією з основних причин інвалідності, самогубство є четвертою причиною смертності серед 15-29-річних. Люди з тяжкими психічними захворюваннями вмирають передчасно – на два десятиліття раніше – через фізичні стани, яким можна запобігти. Не зважаючи на безліч різних варіантів профілактики та лікування, існує багато різних типів психічних розладів, а більшість людей не мають доступу до ефективної допомоги. У 2019 році 1 особа з кожних 8 осіб, або 970 мільйонів людей у всьому світі, жили з психічними розладами (зокрема, значні порушення мислення, емоційної регуляції або поведінки), причому найпоширенішими були тривожні та депресивні розлади ¹³. У 2020 році через пандемію COVID-19 значно зросла кількість людей, які живуть з тривожними та депресивними розладами. Початкові оцінки показують зростання тривожних і великих депресивних розладів на 26% і 28% відповідно ¹⁴. Хоча існують ефективні варіанти профілактики та лікування, більшість людей з психічними розладами не мають

¹³ Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed 14 May 2022).

¹⁴ Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (Accessed 14 May 2022).

доступу до ефективної допомоги. Багато людей також відчувають стигматизацію, дискримінацію та порушення прав людини.¹⁵

Незважаючи на прогрес у деяких країнах у розвитку систем психічного здоров'я, люди з психічними розладами часто відчувають серйозні порушення прав людини, дискримінацію та стигматизацію. Багато розладів психічного здоров'я можна ефективно лікувати за відносно низьких витрат, проте значною залишається різниця між людьми, які потребують допомоги, і тими, хто має доступ до допомоги. Тому охоплення ефективним лікуванням залишається надзвичайно низьким. ВООЗ вказує на потребу у збільшенні інвестицій для підвищення обізнаності населення щодо психічного здоров'я, збільшення розуміння проблематики лікування психічних розладів та зменшення рівня стигматизації. Необхідні також інвестиції на заходи спрямовані на розширення доступу до якісної медичної допомоги та ефективного лікування, для проведення досліджень для визначення нових методів лікування та покращення існуючих методів лікування всіх психічних розладів¹⁶.

Вказані проблеми у всьому світі свідчать про постійний моніторинг, аналіз досвіду щодо створення та розвитку систем психічного здоров'я та управління ними. У вітчизняній науковій літературі цій проблематиці присвячено праці Чорна В. В.¹⁷, Пінчук, І. Я., Степанова, Н. М., Колодежний, О. В., Здорик, І. Ф.¹⁸, Оксентюк Н. В.¹⁹, Суховій О. О.²⁰.

¹⁵ Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Accessed 14 May 2022).

¹⁶ World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

¹⁷ Чорна В. В. Детермінація психічного здоров'я населення в Україні та країнах ЄС //Довкілля та здоров'я. – 2020. – №. 2 (95). – С. 47-53.

Чорна В. В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС //Вісник Вінницького національного медичного університету–Bulletin of Vinnytsia National Medical University. – 2020. – Т. 3. – №. 24. – С. 447-456.

¹⁸ Пінчук, І. Я., Степанова, Н. М., Колодежний, О. В., & Здорик, І. Ф. (2016). Аналіз систем охорони психічного здоров'я країн-членів Європейського Союзу та України. *Архів психіатрії*, (22,№ 2), 28-39.

¹⁹ Оксентюк Н. В. Проблема психічного здоров'я: європейський досвід //Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. – 2018. – №. 10. – С. 107-114.

²⁰ Пінчук І. Я., Суховій О. О., Степанова Н. М. Аналіз фінансування систем охорони психічного здоров'я країн-членів Європейського Союзу //Архів психіатрії. – 2014. – №. 20,№ 3. – С. 22-26.

У дослідженнях Чорної В.В. йдеться про реформування системи психічного здоров'я в різних країнах шляхом деінституціоналізації – заміну тривалого перебування в психіатричній лікарні на короткочасне та надання медичної допомоги за місцем проживання. Такі реформи були здійснені у 1955-1970 роках у США, Італії, Швейцарії, Ірландії, Фінляндії. У Західній Європі від 1970 по 2005 рік процес деінституціоналізації призвів до значного скорочення психіатричних лікарень. За даними ВООЗ²¹ станом на 2016 рік (останні наявні дані) кількість ліжок у психіатричних лікарнях на 100 тис. населення складала: у Бельгії – 98, у Німеччині – 56, в Чехії – 80, у Латвії – 102, у Литві – 40, у Польщі – 30, в Україні – 65. Найнижчі показники – в Естонії – 8,7, Ірландії – 21, Франції – 6,9 та в Італії – 9. Країни ЄС також здійснюють реформу у системі надання психіатричної допомоги: шляхом підвищення якості надання послуг у психіатричних лікарнях, скорочення терміну перебування хворих у лікарняних закладах. Такий підхід створює скорочення кількості психіатричних лікарень та дозволяє змінити стаціонарну модель на модель середовищної психіатрії. Країни Європейського Союзу перейняли досвід США, Англії, Швеції з так званої середовищної психіатрії, яка 90% хворих повертає до самостійного життя у суспільстві. Тим самим зменшено відсоток осіб з психічними розладами до 12,5% у країнах ЄС, до 20,6% – у Польщі. У результаті було зменшено кількість психіатричних лікарень, диспансерів та збільшено фінансування на медичне обслуговування, харчування, реабілітацію й профілактику цієї групи хворих. Головною метою національних програм охорони психічного здоров'я у країнах Європейського Союзу є забезпечення хворих на психічні захворювання доступною лікувально-профілактичною, реабілітаційною допомогою у родинному та соціальному середовищах та запобігання стигматизації осіб з психічними розладами.

З огляду на поширеність психічних розладів, вказаних у пункті 1.1, у Європі в 2013 році започатковано Спільну діяльність з питань психічного

²¹ Beds in mental hospitals (per 100,000). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/beds-in-mental-hospitals-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/beds-in-mental-hospitals-(per-100-000))

здоров'я та благополуччя (JA MH-WB), спрямовану на побудову основи дій у сфері політики в цій області. Вона розроблена в рамках Європейського пакту про ПЗ та Благополуччя за фінансування Європейського агентства з охорони здоров'я та споживачів. Спільна дія включає 51 партнера, що представляє 28 держав-членів ЄС та 11 європейських організацій. Метою JA MH-WB є сприяння розвитку психічного здоров'я та благополуччя, запобігання психічним розладам та поліпшення медичного обслуговування та соціальної інтеграції людей з психічними розладами у Європі. Спільні дії вирішують питання, пов'язані з п'ятьма сферами: пропаганда психічного здоров'я на робочих місцях; пропаганда психічного здоров'я у школах; сприяння боротьбі з депресією та самогубством та впровадження підходів до е-охорони здоров'я; розвиток психічного здоров'я для людей з тяжкими психічними розладами, що охоплюють громадську та соціальну інтеграцію; сприяння інтеграції психічного здоров'я в усі сфери політики. Відповідно створені окремі робочі групи (поширення; оцінка; депресія, запобігання самогубству та електронне здоров'я; підходи до психічного здоров'я на рівні громад; психічне здоров'я на робочих місцях; психічне здоров'я в усіх політиках; психічне здоров'я та школи), які відповідають за координацію спільних дій. Туди увійшли 28 країн та 51 партнерів (30 асоційованих та 21 співробітників) ²². В країнах Європи спостерігається значний обсяг амбулаторних відвідувань пацієнтів з психічними розладами в деяких країнах ЄС (Рисунок 1.2) (Чехія – 26 тис. осіб на 100 тис. населення, Фінляндія – 32,3 тис. осіб на 100 тис. населення, Норвегія – 44,2 тис. осіб на 100 тис. населення).

²² Оксентюк Н. В. Проблема психічного здоров'я: європейський досвід //Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. – 2018. – №. 10. – С. 107-114.

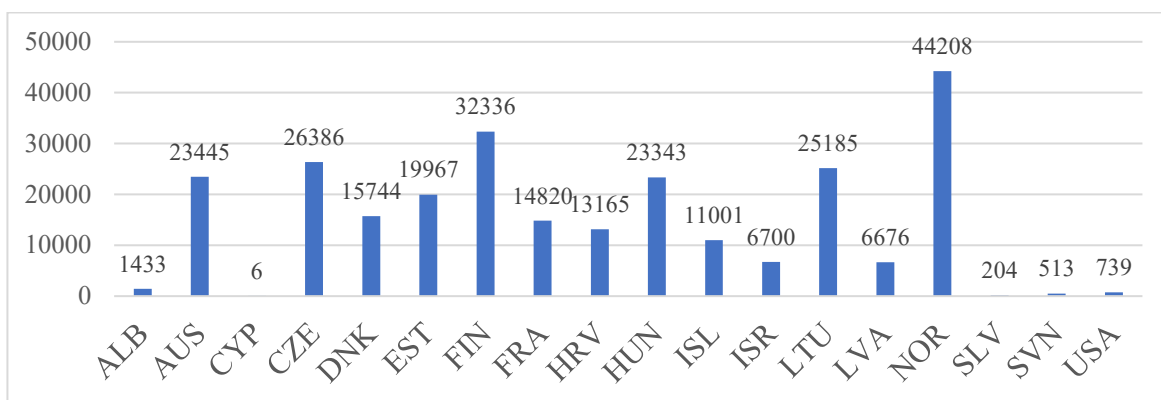


Рис. 1.2. Амбулаторні відвідування (на 100 000 населення), 2014 рік
Джерело: ²³.

При цьому, в різних країнах ЄС та США кількість звернень на до психіатричних лікарень не перевищує 1100 осіб на 100 тис. населення у 2014 році (Рисунок 1.3).

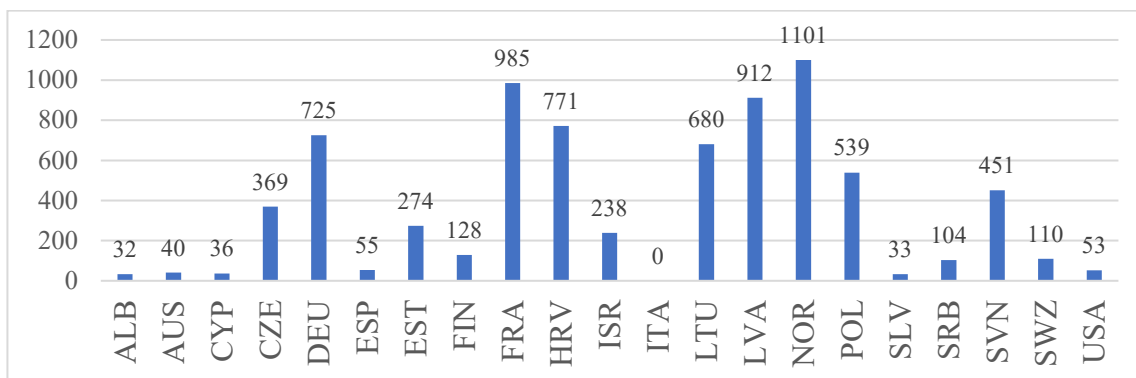


Рис. 1.3. Звернення до психіатричних лікарень (на 100 000), 2014 рік
Джерело: ²⁴.

Як показує рисунок 1.3, в Іспанії кількість звернень до психіатричних лікарень становила у 2014 році 55 одиниць на 100 тис. населення. Відтак, в Іспанії в 1986 році було прийнято Загальні законодавчі норми щодо охорони здоров'я, що створило сприятливі умови для реформування психіатричних стаціонарів, деінституалізації спеціалізованої допомоги, висування на перший

²³ Outpatient visits (per 100,000). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/outpatient-visits-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/outpatient-visits-(per-100-000))

²⁴ Звернення до психіатричних лікарень (на 100 000). Mental hospital admissions (per 100,000). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mental-hospital-admissions-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mental-hospital-admissions-(per-100-000))

план служб охорони психічного здоров'я та їх розвитку на рівні первинної медичної допомоги та за місцем проживання. Через 10 років (приблизно 1996 рік) після початку проведення реформи психіатричної служби кількість місць у психіатричних стаціонарах знизилася приблизно із 100 до менш як 25 на 100000 осіб. Було створено близько 500 центрів охорони психічного здоров'я із середнім рівнем охоплення 87000 осіб, 95 психіатричних відділень для стаціонарного лікування в лікарнях загального профілю та 108 денних стаціонарів. Соціальні служби розробили реабілітаційні програми, в тому числі соціально орієнтовані заходи з оплатою праці для осіб, які страждають на психічні розлади. Були організовані програми клінічної підготовки для психіатрів та психологів, за рахунок чого вдалося помітно збільшити кількість спеціалістів такого профілю. За останніми даними, наявними у базі даних щодо доступності послуг психічного забезпечення населення, в Іспанії на 100 тис. населення працюють 10 психіатрів, 3 медичні сестри (Таблиця 1.1). Крім того, в Іспанії працюють 114 соціальних працівників на 1000 осіб населення (Див. Додаток А – показники кадрового забезпечення країн Європи в системі психічного здоров'я). Австрія, Чехія та Німеччина мають подібні показники кадрового забезпечення населення у системі психічного здоров'я. Для порівняння, в Україні кількість психіатрів на 100 тис. осіб становить 7. Варто також звернути увагу на кількість психологів, що працюють у сфері психічного здоров'я в розвинених країнах (див. Додаток А): у Австрії показник становив 103,036 на 100 тис., в Чехії 2,518 осіб на 100 тис., в Німеччині 49,555 осіб на 100 тис., в Естонії 6,46 осіб на 100 тис., в Угорщині 2,484 осіб на 100 тис., в Італії 3,798 осіб на 100 тис., в Польщі 16,346 осіб на 100 тис. за 2015-2016 роки, що вказує на різний рівень попиту на послуги психологів.

Таблиця 1.1. Кількість психіатрів, що працюють у сфері психічного здоров'я (на 100 тис.)

Психіатри, що працюють у сфері психічного здоров'я (на 100 тис.)	2015	2016
--	------	------

Австрія	13,52 5	-
Чехія	12,36 4	-
Німеччина	13,20 2	-
Іспанія	9,694	-
Естонія	-	16,18 8
Угорщина	-	11,07 9
Італія	5,978	-
Польща	-	24,17 6
Швеція	-	20,86 3
Україна	-	6,93

Джерело: ²⁵.

У Румунії психосоціальні послуги додані як частина пакета медичних послуг. Доступ до психіатричної допомоги найчастіше здійснюється через лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який рекомендує у разі потреби звернутися до лікаря-психіатра, центру психічного здоров'я або психіатричної лікарні. Хоча лікар-психіатр, як правило, несе відповідальність за лікування людей з важкими психічними та інтелектуальними порушеннями, лікар загальної практики – сімейний лікар також залучений до допомоги особам з розладами психіки та поведінки. Цікаві шляхи колективного благополуччя пропонують в Ізраїлі, де проводять філософські бесіди, у яких беруть участь люди, які не обов'язково є психологами. У Швейцарії створюють мережу філософських кафе²⁶.

Для аналізу зарубіжного досвіду управління системами охорони психічного здоров'я в різних країнах використано «Атлас психічного здоров'я»

²⁵ Mental health service availability. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/mental-health-service-availability>

²⁶ Оксентюк Н. В. Проблема психічного здоров'я: європейський досвід //Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. – 2018. – №. 10. – С. 107-114.

Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в якому проведено сучасний огляд профілів системи психічного здоров'я в різних країнах і регіонах на основі опитування різних зацікавлених сторін у 171 країні-члені організації із 194 держав-членів ВООЗ (88%) (політика щодо розвитку систем психічного здоров'я, законодавство та фінансування, наявність та використання служб психічного здоров'я, людські ресурси та системи збору інформації/даних).

Результати дослідження управління системами охорони психічного здоров'я в різних країнах ВООЗ свідчать про наступне:

- 1) 75% держав-членів мають окрему політику або план щодо розвитку системи психічного здоров'я, що вказує на збільшення порівняно з 68% у 2014 році;
- 2) 57% держав-членів мають окремий закон про психічне здоров'я, що вказує на збільшення порівняно з 51% у 2014 році;
- 3) 46% держав-членів ВООЗ оновили свою політику або план у сфері психічного здоров'я, а 27% оновили законодавство про психічне здоров'я з 2017 року;
- 4) 99 країн, що еквівалентно 67% країн, що відповіли, або 51% держав-членів ВООЗ повідомили про повне узгодження власної політики чи плану щодо психічного здоров'я з міжнародними та регіональними документами з прав людини;
- 5) 74 країни, що еквівалентно 64% країн-респондентів, або 39% держав-членів ВООЗ, повідомили про повне узгодження власного законодавства про психічне здоров'я з міжнародними та регіональними документами з прав людини;
- 6) людські та фінансові ресурси, виділені на реалізацію політики/планів, обмежені; крім того, лише 19% держав-членів ВООЗ повідомили про наявність індикаторів, які використовуються для моніторингу виконання більшості компонентів їхньої політики/планів;

7) 45% держав-членів ВООЗ повідомили, що спеціальний орган або незалежний орган проводить інспекції служб психічного здоров'я та реагує на скарги про порушення прав людини;

8) 21% держав-членів ВООЗ мають політику або план щодо психічного здоров'я, які знаходяться в процесі впровадження та повністю відповідають інструментам, які використовуються для захисту прав людини;

9) 28% держав-членів ВООЗ мають закон про психічне здоров'я, який перебуває в процесі імплементації та повністю відповідає документам з прав людини;

10) 76% країн-респондентів налагодили постійне офіційне співробітництво принаймні з однією групою зацікавлених сторін. Рівень співпраці з користувачами послуг та групами захисту сім'ї/опікунів низький (35% країн, які відповіли).

Опитування зацікавлених сторін держав-членів ВООЗ також свідчить про відчутність суттєво прогресу у досягненні цілей розвитку систем охорони психічного здоров'я за 2014-2020 роки. Опитування 2020 року вказує на можливість досягнення цілей до 2030 року лише за умови виконання спільного глобального зобов'язання протягом наступних 10 років між державами-членами щодо здійснення масштабних інвестицій та реалізації заходів на рівні країн щодо політики, законів, програм у сфері психічного здоров'я та послуг. Незважаючи на постійний прогрес, який виявлено у реалізації політики врядування системою психічного здоров'я, планів і законів, покращення спроможності щодо подання регулярних звітів у різних країнах про основні показники психічного здоров'я, Атлас психічного здоров'я 2020 показує величезну нерівність у доступності ресурсів для покращення психічного здоров'я та їх розподіл між країнами з високим і низьким рівнем доходу та між регіонами. Це доводить про розрив між прийнятими політикою, планами, законодавством та їх виконанням, розрив у розподілі ресурсів. Подібні прогалини зокрема виявлено у наданні послуг з психічного здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Незважаючи на рекомендації щодо інтеграції системи психічного здоров'я в

первинну медико-санітарну допомогу в більшості країн існують проблеми з реалізацією таких рекомендацій. У різних країнах також обмеженим є надання послуг населенню на первинному рівні допомоги, таких як фармакологічні та психосоціальні втручання при психічних захворюваннях. При цьому в країнах продовжується навчання персоналу та нагляд за цією підсистемою психічного здоров'я. Атлас психічного здоров'я 2020 також свідчить про значні обмеження у можливостях інформаційних систем психічного здоров'я країн щодо надання інформації про конкретні показники, такі як використання послуг.

Таким чином, зарубіжний досвід свідчить про реформування системи психічного здоров'я в різних країнах шляхом деінституціоналізації – заміни тривалого перебування в психіатричній лікарні на короткочасне та надання медичної допомоги за місцем проживання. Процес деінституціоналізації призвів до значного скорочення психіатричних лікарень. Крім цього, відбувається підвищення якості надання послуг у психіатричних лікарнях, скорочення терміну перебування хворих у лікарняних закладах. Такий підхід створює скорочення кількості психіатричних лікарень та дозволяє змінити стаціонарну модель на модель середовищної психіатрії. Головною метою національних програм охорони психічного здоров'я у країнах Європейського Союзу є забезпечення хворих на психічні захворювання доступною лікувально-профілактичною, реабілітаційною допомогою у родинному та соціальному середовищах та запобігання стигматизації осіб з психічними розладами.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В УКРАЇНІ

2.1. Оцінка сучасного стану системи охорони психічного здоров'я в Україні

Система психічного здоров'я на національному рівні в Україні передбачає надання амбулаторної психіатричної допомоги, що надається лікарем-психіатром стаціонарної психіатричної допомоги у відповідній системі закладів²⁷. Система психічного здоров'я України включає кадрове забезпечення її надання – фахівців надання психіатричної допомоги (медичних працівників, а саме лікарів, медичних сестер, фельдшерів; психологів; соціальних працівників та інших працівників, які мають відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і беруть участь у наданні психіатричної допомоги) та інфраструктуру – заклади з надання психіатричної допомоги (психіатричні, наркологічні чи інші спеціалізовані заклади охорони здоров'я, центри, відділення, кабінети тощо, інші заклади та установи будь-якої форми власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги).

Психіатрична допомога передбачає комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб відповідно законодавству України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин.

²⁷ Про психіатричну допомогу. Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

Відповідно Звіту про медичні кадри в Україні Центру статистики МОЗ за 2021 рік в Україні працює 2766 психіатрів, зокрема 265 дитячих та підліткових, 149 психотерапевтів, 740 наркологів (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1. Кількість психіатрів, психотерапевтів, наркологів в Україні, 2021

Найменування	Усього облікова кількість осіб на 31.12	У т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію		
			вища	I	II
Посада	1	2	3	4	5
Психіатри	2766	214	1363	473	238
в т.ч. дитячі та підліткові психіатри	265	13	130	48	21
Психотерапевти	149	25	79	17	14
Наркологи	740	10	396	154	79

Джерело: ²⁸.

Відповідно до Звіту про мережу та діяльність медичних закладів в Україні нараховується 50 психіатричних та 4 наркологічні медичні заклади, в яких налічується 20778 та 488 ліжок. За 2021 рік в лікарнях заклади поступило 185474 та 19741 хворих. В психіатричних медичних закладах зайнято 2508 лікарів, в наркологічних – 152 лікарів. Число посад середнього медперсоналу в психіатричних лікарнях становило 6576 осіб, в наркологічних – 252 особи (див. Додаток Д).

Таблиця 2.2. Кількість та діяльність психіатричних та наркологічних медичних закладів в Україні, 2021 рік

Тип закладів	Психіатричні	Наркологічні
Число лікарняних закладів	50	4
Число ліжок (фактично розгорнутих + згорнутих на ремонт) на 31.12	20 778	488
Середньорічні ліжка	21 505,80	489,00
Поступило хворих	185 474	19 741

²⁸ Центр медичної статистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 01.06.2022).

В т.ч. сільських жителів			67 501	3 418
Проведено всіма хворими ліжко-днів			6 210 012	116 622
Число відвідувань,вкл. профілактичні (без відвідувань до стоматологів та зубних лікарів)		до лікарів в поліклініках	1 355 785	216 406
		лікарями вдома	10 742	301
Число посад лікарів (без зубних)	в цілому по закладу	штатних	3 074,25	191,00
		зайнятих	2 508,75	152,25
	в т.ч. в поліклініці	штатних	532,50	51,25
		зайнятих	455,75	38,25
Число фізичних осіб лікарів на зайнятих посадах в цілому по закладу (без сумісників)			2 219	128
Число посад середнього медперсоналу	в цілому по закладу	штатних	7 442,25	330,00
		зайнятих	6 576,75	252,75
	в т.ч. в поліклініці	штатних	473,75	65,00
		зайнятих	437,50	48,25
Число поліклінік (амбулаторій) жіночих консультацій, які входять до складу лікарняних закладів			31	4

Джерело: ²⁹.

Крім психіатричних та наркологічних закладів, в Україні функціонують спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, зокрема: 584 психіатричні, 113 психотерапевтичних, 481 наркологічні (див. Додаток Б). Кількість психоневрологічних та наркологічних диспансерів в Україні становила 14 та 13 відповідно, якими надається 570 та 954 ліжка. За 2021 рік в психоневрологічні диспансери поступило 8175 хворих, у наркологічні – 31772 хворих, що вказує на серйозність проблеми психічних розладів (Додаток В). За даними Додатку Г число відвідувань, включаючи профілактичні, у психоневрологічних та наркологічних диспансерах становило 720605 осіб та 593694 особи відповідно у 2021 році.

Система охорони психічного здоров'я в Україні передбачає функціонування в лікувально-профілактичних закладах (бюджетних) допоміжних структурних психіатричних підрозділів в обсязі 54 одиниці, в яких

²⁹ Центр медичної статистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 01.06.2022).

зайнято 2437 психіатрів, 250 дитячих психіатрів, 759 наркологів, 136 психотерапевтів, 167 лікарів-психологів (див. Додаток Ж).

У таблиці 2.3 наведено чисельність осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин за типом розладів через вживання різних типів речовин в Україні у 2021 році. Відтак, взято під нагляд у 2021 році у диспансерні групи 23165 осіб, в профілактичні групи – 49253 осіб. Найбільша частка тих, кого взяли під нагляд через розлади психіки та поведінки у зв'язку з вживанням алкоголю та наркотиків. На кінець 2021 року у диспансерах перебувало 507031 осіб, у групах профілактики – 138435 осіб, що вказує на потребу у розвитку ефективної системи профілактики розладів психіки та поведінки. Широко поширені розлади психіки та поведінки через вживання алкоголю у сільській місцевості, адже кількість осіб у диспансерних групах склала 437061 осіб, у профілактичних – 103126 осіб.

Таблиця 2.3. Контингент та лікування осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин в Україні у 2021 році

Назва	Взято під нагляд з уперше встановленим діагнозом:		Перебуває на кінець звітнього періоду		Охоплені лікуванням - усього	
	диспансерна група	профілактична група	диспансерна група	профілактична група	диспансерна група (з графі 3)	профілактична група (з графі 4)
Тип розладу	1	2	3	4	5	6
Розлади психіки та поведін.через уживання алкоголю-всього	16981	39191	437061	103126	181098	51825
в тому числі: Розлади психіки та пов.через уживан.алкоголю-сільські жит.	7203	14995	183082	36034	71822	18432

крім того гострі психотичні алкогольні розлади – всього	1956	4	3704	9	3159	1
через уживання наркотичних речовин – всього	4080	4376	64650	26987	28489	8608
через уживання опіоїдів – всього	2684	878	42711	5430	20802	2198
через уживання канабіноїдів - всього	274	1714	4811	13597	1607	4084
через уживання кокаїну - всього	6	35	270	131	156	80
через уживання галюциногенів - всього	5	38	53	69	24	30
кількох наркотичних та інших психоакт.речовин – всього	1093	1551	16633	7438	5858	2090
інших (крім алкоголю,нарк.)психоактивних речовин- всього	148	5682	1616	8313	594	5816
Від уживання усіх груп психоактивних речовин - всього	23165	49253	507031	138435	213340	66250

Джерело: ³⁰.

Серед тих, хто перебуває на кінець 2021 року в диспансерній групі частка осіб віком 15-35 років становить 25%, а частка сільських жителів – 35%, в групі профілактики частка осіб віком 15-35 років становить 46%, а частка сільських жителів – 30, що доводить потребу у розвитку первинної ланки в підсистемі охорони психічного здоров'я (Таблиця 2.4).

³⁰ Центр медичної статистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 01.06.2022).

Таблиця 2.4. Контингент та лікування осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин за віком та місцем проживання в Україні у 2021 році

Назва	Взято під нагляд з уперше встановленим діагнозом:		Перебуває на кінець звітного періоду		Охоплені лікуванням – усього	
	диспансерна група	профілактична група	диспансерна група	профілактична група	диспансерна група (з графи 3)	профілактична група (з графи 4)
Група	1	2	3	4	5	6
Від уживання усіх груп психоактивних речовин	23165	49253	507031	138435	213340	66250
Зокрема діти 0-17	11	1247	23	1482	15	1303
Зокрема віком 15-35 р.	6313	22314	124799	63011	53650	30881
Зокрема сільські жителі	8421	17643	190959	42031	75354	21565

Джерело: ³¹.

Таким чином, система психічного здоров'я на національному рівні в Україні передбачає надання амбулаторної психіатричної допомоги, що надається лікарем-психіатром стаціонарної психіатричної допомоги у відповідній системі закладів. Система психічного здоров'я України включає кадрове забезпечення її надання та інфраструктуру – заклади з надання психіатричної допомоги.

2.2. Нормативно-правова та інституційна база розвитку системи психічного здоров'я

³¹ Центр медичної статистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 01.06.2022).

Для оцінки нормативно-правової бази розвитку системи психічного здоров'я в Україні використано ВООЗ MiNDbank – це онлайн-платформа, що забезпечує швидкий і простий доступ до міжнародних ресурсів і політик, стратегій, законів і стандартів послуг на національному/регіональному рівні для психічного здоров'я, прав людини тощо. З моменту свого створення в 2014 році MindBank став важливим інструментом для підтримки роботи політиків, правозахисних груп, науковців та дослідників. Як інструмент адвокації, він дозволяє людям визначити поточну ситуацію, потенційні прогалини в законах і політиці, а також приклад інноваційної політики та стратегії, розробити ефективні дії та повідомлення на національному та міжнародному рівнях. MiNDbank, який наразі включає близько 7500 ресурсів, став можливим завдяки спільним зусиллям держав-членів ВООЗ щодо спільного використання своїх національних ресурсів з метою досягнення кращих результатів у сфері охорони здоров'я та прав людини для всіх³².

Згідно даних MiNDbank в Україні система законодавчого регулювання психічного здоров'я включає³³:

1) Конституцію, Кодекси та Закони, Постанови КМУ та Розпорядження (Конституція України (1996), Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000), Закон КМУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991), Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2005), Цивільний кодекс України (2003), Закон України про охорону дитинства (2001), Закон «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (2000), Розпорядження КМУ «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» (2004), Постанова «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» (2002), Постанова КМУ «Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт,

³² WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. <http://www.mindbank.info>

³³ Country Resources: Ukraine. <https://www.mindbank.info/collection/country/ukraine/all>

професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка провадить цю діяльність, або оточуючих» (2000), Постанова КМУ «Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним» (2000).

2) Стратегічні документи розвитку: Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та План заходів на 2021-2023 роки³⁴.

3. Накази Міністерства Охорони Здоров'я України, ВРУ, Міністерства праці та соціальної політики України (Наказ «Про вдосконалення системи профілактичних протиалкогольних та протинаркотичних заходів та обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів» (1997), Наказ «Про затвердження форми висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу та Інструкції про порядок його заповнення» (2013), Наказ «Про створення експертно-консультативної ради з питань аутизму» (2013), Наказ ВРУ «Про затвердження Концепції щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям» (2012), Наказ Міністерства праці та соціальної політики України «Про затвердження типових положень про реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів з розумовою відсталістю і про установу постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю» (2007), Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги (2007), Наказ «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади» (2001), Наказ «Порядок застосування примусових заходів медичного

³⁴ Кабінет Міністрів України. <https://www.kmu.gov.ua/news/kabinet-ministriv-zatverdiv-plan-zahodiv-iz-realizaciyi-koncepciyi-rozvitku-ohoroni-psihichnogo-zdorovya-v-ukrayini>

характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні дії, у відділенні (палаті) для застосування примусових заходів медичного характеру з посиленням наглядом» (2001), Наказ «Порядок проведення судово-психіатричної експертизи» (2001), Наказ «Порядок переведення хворих на психічні розлади, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру» (2001), Наказ «Про затвердження окремих форм документів з питань психіатричної допомоги» (2001), Наказ „Про заходи щодо покращення організації психіатричної допомоги особам, яким за рішенням суду застосовані примусові заходи медичного характеру у відділеннях з посиленням наглядом обласних психіатричних лікарень» (2001).

Серед важливих нормативно-правових актів регулювання системи психічного здоров'я: Державний стандарт соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, ратифікована Законом України від 17 липня 1997 р. № 475/97-ВР «Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції», Конвенція про права дитини, ратифікованою постановою Верховної Ради Української РСР від 27 лютого 1991 р. № 789-ХІІ «Про ратифікацію Конвенції про права дитини»; Конвенцією про права осіб з інвалідністю, ратифікованою Законом України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI «Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї»; Європейська соціальна хартія (переглянута), ратифікована Законом України від 14 вересня 2006 р. № 137-V «Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої)».

29 червня 2021 року в Раді зареєстрували законопроект №5715, що передбачає посилення покарання для споживачів наркотиків та алкоголю та узаконює примусовий психіатричний огляд та реабілітацію в нині неконтрольованих державою приватних центрах. Аби допомогти Україні йти цивілізованим шляхом дотримання прав людини, 13 липня був зареєстрований альтернативний законопроект №5715-1.

Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу»³⁵ громадянам надається психіатрична допомога, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина. Законом встановлено обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентовано права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Інституційна база розвитку системи психічного здоров'я в Україні включає наявну інфраструктуру – заклади з надання психіатричної допомоги (психіатричні, наркологічні чи інші спеціалізовані заклади охорони здоров'я, центри, відділення, кабінети тощо, інші заклади та установи будь-якої форми власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги). Психіатрична допомога особам з психічними розладами надається закладами з надання психіатричної допомоги всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства, лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства.

Таким чином, в Україні розвинена нормативно-правова та інституційна база для функціонування системи психічної допомоги, що включає Конституцію, Кодекси та Закони ВРУ, Постанови та Розпорядження КМУ, стратегічні документи розвитку (Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та План заходів на 2021-2023 роки), Накази Міністерства Охорони Здоров'я України, ВРУ, Міністерства праці та соціальної політики України.

2.3. Основні переваги та недоліки діючої системи охорони психічного здоров'я

³⁵ Про психіатричну допомогу, Закон України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

Україна - велика країна, яка наразі зіштовхнулася великої кількості викликів та негативних факторів, таких як пандемія, військовий конфлікт та економічні і політичні кризи. Варто зазначити, що наразі населення потерпає від низьких доходів, високим рівнем поширеності інфекційних захворювань, низькою тривалістю життя та недостатньо професійних служб, що надають послуги громадянами. Питання психічного здоров'я часто стоять останнім у списку пріоритетів для політиків. Там, де смертність все ще здебільшого є результатом інфекційних захворювань, захворюваність та інвалідність через психічні захворювання приділяють дуже мало уваги з боку уряду. Наразі охорона здоров'я загалом залишається слабо фінансованою сферою соціальних послуг, а в порівнянні з іншими сферами охорони здоров'я служби психічного здоров'я розвинені слабо. Справді, Україна не має політики, програми чи планів дій щодо психічного здоров'я.

Проблема не є новою, проте, із часом почала лише загострюватись. Через те, що в Україні стається багато подій у політичних процесах, то питання адаптації людей з психічними розладами не було списку пріоритетів у списку реформ. На жаль, ще з часів Радянського Союзу психіатрична допомога та медицина, завжди мали негативний характер і вважались «карною» медициною. Пацієнтів з психічними розладами та діагнозами держава радше воліла забути та закрити у диспансерах назавжди, а ніж адаптувати до суспільства.

Уряд України все ще працює над виробленням політики у сфері соціально-психологічної адаптації людей з психічними розладами, відсутні дієві результати, які б привели до системних змін та зрушень. Більше того, проблема напряду стосується життя та здоров'я громадян, які так само мають право на захист, лікування та гідне життя.

В Україні система охорони психічного здоров'я успадкувала організаційну структуру, стратегії та практику системи Радянського Союзу з усіма її перевагами та недоліками, що не змінилася суттєво за роки незалежності. Система залишається в цілому сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізують медичні кадри в стаціонарних відділеннях психіатричних та

наркологічних закладів охорони здоров'я. Вказане призводить до проблем стигми та дискримінації осіб з психічними розладами. В Україні також відсутня дієва система реабілітації та ресоціалізації осіб з психічними розладами, до яких переважно застосовується традиційне медикаментозне лікування проявів розладів психіки. Відсутні також дієві методи профілактики, соціалізації, дієві служби психічного здоров'я на рівні первинної медицини, зокрема в громадах, обмежене надання психотерапевтичної допомоги, реабілітаційних заходів, недостатньо розвинуте амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу.

Потребує системного диференційованого вдосконалення система вищої та післядипломної освіти у сфері охорони психічного здоров'я щодо змісту освітніх програм, методології навчання та оцінки компетентностей фахівців, їх практичної діяльності.

В Україні спостерігається проблема компетентного кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, що потребує змін для забезпечення населення дієвою допомогою відповідно до протоколів міжнародного рівня, зокрема посилення значення психологів, соціальних працівників, психотерапевтів, спеціалізація медичних сестер.

Основними компонентами проблеми у сфері охорони психічного здоров'я в Україні є:

- слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, що призводить до стигматизації та несвоєчасного звернення по професійну допомогу;
- недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;
- відсутність системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних, та ефективної популяризації психічного здоров'я;
- недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;

- низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій;
- відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю якості допомоги у зазначеній сфері;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту; низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги; дефіцит служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг; відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання; відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями, а також недостатній розвиток кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;
- обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;
- недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства та обмежена участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінки;
- відсутність ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я, недостатня координація між різними державними органами у наданні допомоги особам з проблемами психічного здоров'я³⁶.

³⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text>

Діюча система охорони психічного здоров'я в Україні, не зважаючи на вагому диспансерну та профілактичну допомогу значному числу хворих, характеризується рядом проблем, про які свідчить наступні показники:

- 30% українців упродовж життя хоча б раз хворіють на один із видів психічних розладів;
- 75% українців, які потребують допомоги щодо психічного здоров'я – не отримують її;
- Більше 90% смертей в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, тоді як зловживання алкоголем виступає в якості основного фактору ризику;
- Лише 2,5% загального бюджету, виділеного на охорону здоров'я, припадає на психічне здоров'я;
- 89% фінансування спрямовано на стаціонарне лікування у сфері охорони психічного здоров'я, хоча дослідження показують, що амбулаторне лікування чи послуги на рівні громади можуть бути більш ефективними.

Згідно з даних Інституту метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я (IHME) при Вашингтонському університеті, Україна орієнтовно посідає: 5 місце в світі за рівнем смертності через розлади внаслідок вживання психоактивних речовин; 6 місце в світі за рівнем непрацездатності через психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та 6 місце в світі за рівнем непрацездатності через депресивні розлади.

Система охорони психічного здоров'я є централізованою, послуги з охорони психічного здоров'я, зокрема, в державних установах, часто не є науково-доказовими, надавачі первинної медичної допомоги часто не хочуть лікувати неінфекційні захворювання чи розлади, спричинені вживанням алкоголю, а психологи та психотерапевти часто не можуть дозволити собі оплатити навчання для отримання необхідних навичок. В той же час, психологи та психотерапевти практикують, не маючи ліцензії та професійного супроводу.



Рис. 2.1. Основні недоліки та їх наслідки діючої системи охорони психічного здоров'я в Україні

Джерело: сформовано автором.

Вказані вище проблеми, недоліки функціонування системи психічного здоров'я зумовлені рядом чинників та соціально-культурними, економічними умовами життя населення України (Рисунок 2.2).



Рис. 2.2. Чинники середовища функціонування системи психічного здоров'я, що формують контекст проблеми психічних розладів населення в Україні

Джерело: сформовано автором.

Для України важливо впровадити найбільш дієві компоненти системи психічного здоров'я відповідно практиці розвинених країн, яким вдалося скоротити рівень дискримінації, стигматизації осіб з психічними розладами, скоротити рівень осіб з психічними розладами (Таблиця 2.5).

Таблиця 2.5. Основні компоненти систем психічного здоров'я в різних країнах

Країна	Основний нормативний акт про психічне здоров'я	Закон про психіатричну допомогу	Стратегічний план / програма розвитку служб про психічне	Державний орган формування політики	Орган моніторингу	Окремі загально державні програми профілактичного	Заходи проти стигми та дискримінації	Політика щодо психічного здоров'я інтегрована в
Польща	Так	Ні	Так	Так	Ні	Так	Ні	Ні
Румунія	Так	Ні	Так	Так	Ні	Так	Ні	Ні
Словакія	Ні	Так	Так	Ні	Ні	Так	Так	Так
Словенія	Так	Ні	Так	Ні	Ні	Ні	Так	-
Чехія	Ні	Ні	Так	Ні	Ні	Ні	Ні	Так
Латвія	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так
Литва	Так	Ні	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
Великобританія	Так	-	Так	-	-	Так	Так	Ні
Україна	Ні	Так	Так	Так, КМУ	Ні, створюється Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України	Ні	Ні	Ні

Джерело: сформовано автором.

Таким чином, в Україні з початку прийняття Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року про відбуваються помітні зміни у системі охорони психічного здоров'я, які стосуються таких напрямків: зростання рівня обізнаності населення щодо проблем психічного здоров'я, співпраця МОЗ з громадськістю за ЗМІ, зменшення рівня дискримінації осіб з психічними розладами за рахунок розвитку законодавства відповідно міжнародним стандартам, профілактика психічних розладів за рахунок заходів зміцнення інститут сім'ї, підвищення психологічної компетентності суспільства, підтримка компетентностей фахівців, впровадження стандартів у цій сфері для контролю якості послуг з надання психічної допомоги, підвищення рівня доступності допомоги за рахунок розвитку позастаціонарних форм підтримки, розвитку системи психологічної та соціальної допомоги на рівні територіальних громад, впровадження технологій, методів та процедур оцінки психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги тощо.

Отже, в Україні система охорони психічного здоров'я успадкувала організаційну структуру, стратегії та практику системи Радянського Союзу з усіма її перевагами та недоліками, що не змінилася суттєво за роки незалежності. Система залишається в цілому сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізують медичні кадри в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Вказане призводить до проблем стигми та дискримінації осіб з психічними розладами.

Основними компонентами проблеми у сфері охорони психічного здоров'я в Україні слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я; відсутність системи профілактики психічних розладів; недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я; низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей

серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій; відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у цій сфері; надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту; обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я; недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОПОЗИЦІЙ ЩОДО СТВОРЕННЯ СЛУЖБИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1. Варіанти політики розвитку системи психічного здоров'я

Важливо підтримувати уряд у прийнятті політики психічного здоров'я та інтегрувати політику психічного здоров'я в політику громадського здоров'я та загальну соціальну політику, оскільки психічні розлади спричиняють важкий тягар для суспільства, перешкоджають розробці інших цілей охорони здоров'я та розвитку, сприяють бідності та по-різному впливає на бідних і, останнє, але не в останню чергу, тому що саме психічне здоров'я має внутрішню цінність, як і фізичне здоров'я.

При розробці політики щодо психічного здоров'я важливо враховувати стигму щодо проблем психічного здоров'я та психічних захворювань. Стигма призводить до відсутності уваги з боку міністрів та громадськості, що потім призводить до нестачі ресурсів і морального духу, занепаду інституцій, відсутності лідерства, неадекватних інформаційних систем та неадекватного законодавства. Приводячи до соціального відчуження людей з психічними захворюваннями, стигма завдає шкоди не тільки людям з психічними захворюваннями, а й здоров'ю суспільства в цілому. Дуже часто державні та адміністративні послуги є відправною точкою для відчуження, коли вони повинні стати сходинками для соціальної інтеграції.

Політика охорони здоров'я на національному рівні визначатиме діапазон проблем охорони здоров'я, захворюваності, інвалідності та смертності, які вона має намір вирішувати, відповідні умови, охоплені політикою, загальну структуру для реалізації політики у відповідних умовах, включаючи, наприклад, медичні послуги, соціальні послуги, сектор освіти, робочого місця та сектор кримінального правосуддя. Політика може визначати бажані цілі та встановлювати рамки для планування на місцевому рівні.

Щоб включити психічне здоров'я в національну політику, важливо, по-перше, визначити та залучити ключові агенції та зацікавлені сторони до загального процесу, щоб існувала спільна відповідальність за бачення та його реалізацію; по-друге, отримати гарне розуміння поточної ситуації (контекст, потреби, вимоги, поточна політика, внески в послуги, процеси та результати); по-третє, розробити загальну місію, встановити цілі та завдання, до яких слід прагнути; по-четверте, визначити та залучити ключові агенції, а також розробити стратегічні плани та рамки впровадження разом із тими агенціями, які враховують місцеву ситуацію і які конкретно вирішують місцеві проблеми, обмеження та перешкоди; по-п'яте, регулярно переглядати прогрес, використовуючи різноманітні показники результатів, і відповідним чином налаштовувати стратегію.

Погляди користувачів послуг та опікунів будуть особливо важливими, оскільки на них безпосередньо вплине стратегія і вони матимуть особистий досвід вирішення проблем у нинішній системі. Вони також зможуть прокоментувати ті аспекти системи психічного здоров'я, які будуть додані чи змінені.

Таблиця 3.1. Оцінка критеріїв важливості змін системи психічного здоров'я зацікавленими сторонами

Стейкхолдер	Заінтересованість	Значимість	Впливовість	Можлива роль
Цільова група				
1. МОЗ, КМУ (як орган реалізації політики в сфері психічного здоров'я)	2	4	4	4
2. НСЗУ	2	3	3	3
3. Громадяни України	1	4	4	2
Може створити сприятливі умови, які зменшують стигму та дискримінації, заохочення прав людини та покращення якості і кількості повного комплексу				

Стейкхолдер	Заінтересованість	Значимість	Впливовість	Можлива роль
послуг від освіти, охорони здоров'я та соціальних послуг до бідності ініціативи щодо полегшення.				
Група непрямого впливу				
1. Бізнеси, які працюють у медичній сфері	3	3	3	3
2. НГО та асоціації, які працюють з темою психічного здоров'я	3	3	3	3
Запровадити програми та послуги адвокації для підтримки людей з психічними та психосоціальними вадами для отримання доступу до необхідних ресурсів та для інтеграції в громаду.				
Група з вагомим авторитетом				
1. ВООЗ (WHO)	2	3	3	1
2. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони	2	3	3	1
Адвокує за включення психічного здоров'я до національного розвитку та галузевих планів. Забезпечує, щоб цільові проекти покращення результатів розвитку відповідали потребам людей із психічними розладами.				
Експерти				
1. Проекти міжнародної технічної допомоги, які працюють у сфері	2	2	2	2

Стейкхолдер	Заінтересованість	Значимість	Впливовість	Можлива роль
психічного здоров'я (Запровадження охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) у надзвичайних ситуаціях завдяки ВООЗ)				
Групи, що виявляють інтерес				
1. Медичні університети та програми, що готують персонал у сфері психічного здоров'я	2	2	2	2
Розвиває потенціал розробників політики і постачальників послуг з різних секторів, таких як охорона здоров'я, освіта та судова система, у сфері психічного здоров'я. Створення та синтез досліджень для покращення політики щодо психічного здоров'я.				

Джерело: розроблено автором.

Варіанти політики розвитку системи психічного здоров'я передбачають:

1. Варіант №1 «нічого не змінювати».
2. Варіант №2 Служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги.
3. Варіант №3 Служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю.

Розглянемо детальніше Варіант №2. Служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги. До цієї категорії належать

лікувально-профілактичні та санітарно-просвітницькі заходи, що здійснюються працівниками первинної медико-санітарної допомоги.

Людські ресурси: Надання послуг з психічного здоров'я населенню на первинному рівні потребує значних інвестицій у підготовку фахівців первинної ланки, які здатні діагностувати та лікувати психічні розлади. Під час навчання особливу увагу слід приділяти особливим потребам у підготовці різних груп спеціалістів первинної ланки медичної допомоги: лікарів, медичних сестер та громадських служб психічного здоров'я за місцем проживання. Бажано, щоб навчальні програми були безперервними і не склалися з кількох семінарів, що не може забезпечити закріплення набутих навичок. У багатьох країнах не існує курсів безперервної підготовки, а фахівці первинної ланки недостатньо підготовлені для роботи з людьми з психічними розладами, які, у свою чергу, не отримують належної медичної допомоги. Фахівці первинної ланки зазвичай мають кваліфікацію для догляду за пацієнтами з фізичними захворюваннями, але багато з них відчують непевненість у веденні пацієнтів із психічними розладами. Вони часто недооцінюють свою роль у лікуванні психічних розладів. Тому навчальні програми повинні включати врахування цих аспектів. Брак часу є однією з причин, чому деякі працівники первинної ланки неохоче надають послуги з психічного здоров'я. Тому може виникнути необхідність підвищити рівень персоналу первинної ланки, якщо психіатрична допомога планується через цю систему. Вважається, що медичні працівники можуть заощадити час, надаючи психіатричні послуги пацієнтам, які звертаються за медичною допомогою з фізичними скаргами психологічної етіології.

Результати лікування: Традиційна логіка припускає, що результати на первинному рівні гірші, ніж у спеціалізованих психіатричних службах, але це хибна думка. На первинному рівні лікування поширених гострих психічних розладів може бути таким же хорошим і навіть ефективнішим, ніж у спеціалізованих психіатричних клініках. Цьому є три найбільш ймовірні пояснення. По-перше, пацієнти частіше звертатимуться за лікуванням психічних розладів на ранній стадії у заклади первинної медичної допомоги, які є

доступнішими та дешевшими. По-друге, є хороші шанси виявити психічні розлади на ранніх стадіях у пацієнтів, які скаржаться на свій фізичний стан.

Відповідність: надання психіатричної допомоги професіоналами первинної ланки, як правило, добре сприймається пацієнтами з психічними розладами. Послуги первинної медичної допомоги не пов'язані зі стигмою, оскільки, крім психічних розладів, вони лікують і фізичні недуги. Крім того, порушення прав громадян з психічними розладами є менш імовірними в системі первинної медико-санітарної допомоги.

Доступ до медичної допомоги: послуги первинної медичної допомоги доступні відповідно до їх географічного розташування, а робочий час визначається графіком роботи населення. Доступ також полегшується відносно невисокою ціною, що підвищує ймовірність звернення за допомогою до пацієнтів з низьким рівнем доходу

Фінансові витрати: послуги первинної медичної допомоги є дешевшими за інші послуги через менші витрати на людські ресурси та приміщення, оскільки вони використовуються для надання загальних медичних послуг і не потребують спеціального обладнання та місць у лікарняних палатах для стаціонарних пацієнтів. Послуги первинної медико-санітарної допомоги будуть доступніші для людей з психічними розладами.

Розглянемо детальніше Варіант №3 Служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю. Окремі психіатричні послуги можуть надаватися в лікарнях, що входять до системи загально медичних закладів. У таких закладах для дорослих є психіатричні відділення для стаціонарних хворих, місця в загальних палатах та відділеннях невідкладної допомоги та психіатричних кабінетах у поліклініках. Вони також можуть включати психіатричні відділення для дітей та підлітків та клініки. Люди похилого віку можуть проходити лікування в лікарнях загального профілю та університетських лікарнях, які мають психіатричні відділення та місця в загальних відділеннях, а також в амбулаторіях. Таке лікування здійснюють спеціалісти: психіатри, дипломовані

медичні сестри, психіатричні соціальні працівники, психологи та терапевти, які пройшли навчання з психіатрії.

Психіатрична допомога в загальних стаціонарах включає: 1. Стаціонарне лікування гострих розладів; 2. Лікування кризових ситуацій; 3. Тимчасове стаціонарне лікування (день/ніч); 4. Послуги для пацієнтів загальної медицини; 5. Інтенсивна амбулаторна допомога; 6. Тимчасовий догляд за хворими та інвалідами за відсутності осіб, які зазвичай надають догляд; 7. Консультації спеціалістів / програми підтримки / навчання спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги; 8. Багатопрофільні групи психіатричної допомоги, які співпрацюють з іншими місцевими та районними секторами (школами, роботодавцями, виправними закладами, установами соціальної допомоги) та громадськими організаціями, які здійснюють профілактичні заходи та заходи з підтримки психічного здоров'я; 9. Спеціалізовані палати/відділення для пацієнтів із специфічними психічними розладами та палати для проведення комплексу реабілітаційних заходів.

Людські ресурси: Служби психічного здоров'я потребують достатньої кількості спеціалістів для надання психіатричної допомоги: психіатрів, психологів, соціальних працівників та спеціально підготовлених медичних сестер. Тому для підготовки таких спеціалістів потрібні додаткові кошти. Такі спеціалісти можуть брати участь у підготовці студентів та перепідготовці медичних працівників на курсах підвищення кваліфікації і таким чином направляти лікарів загальної практики у виявленні психічних розладів. Психіатричні відділення в лікарнях загального профілю можуть служити навчальними центрами з психіатрії та надавати можливості для перепідготовки інших спеціалістів із психічного здоров'я, таких як психологи, медсестри та соціальні працівники.

Доступ до медичної допомоги: лікарні загального профілю, як правило, розташовані в районних центрах, доступ до послуг психічного здоров'я, які розташовані в лікарнях загального профілю, може бути обмежений фінансовими причинами. Відсутність надійної та доступної системи громадського транспорту

заважає багатьом людям, які живуть за межами великих міст, отримати доступ до таких лікарень. Перевагами служб психічного здоров'я на базі лікарень загального профілю є більша доступність обстеження та лікування у спеціалістів, а також лікування супутніх соматичних захворювань.

Фінансові витрати: для постачальників послуг вартість надання психіатричної допомоги в загальних лікарнях, ймовірно, буде вищою, ніж у системі первинної медичної допомоги. Це пов'язано з вартістю інфраструктури та витратами на стаціонарне лікування, вищою заробітною платою медичного персоналу: психіатрів та інших спеціалістів, які пройшли спеціальну підготовку з психіатрії. Однак вартість надання психіатричної допомоги в лікарнях загального профілю може бути нижчою, ніж у спеціалізованих психіатричних закладах. Для пацієнтів вартість лікування в лікарнях загального профілю буде вищою, ніж у закладах первинної медико-санітарної допомоги, оскільки їм доведеться нести додаткові витрати у вигляді проїзду до місця лікування та втрати заробітку через тимчасову непрацездатність, тобто непрямі витрати.

Для порівняння та вибору варіанту політики розвитку системи психічного здоров'я проведемо аналіз їх результативності (Таблиця 3.2). Найбільш ресурсозатратний, але найбільш результативним є 3 варіант політики.

Таблиця 3.2. Результативність варіантів політики розвитку системи психічного здоров'я

Критерій оцінювання	Оцінка варіанта політики		
	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Ймовірність досягнення мети	1	2	3
Тривалість досягнення мети	1	2	3
Ймовірність досягнення очікуваних результатів	1	2	3
Сумарна оцінка:	3	6	9

Джерело: сформовано автором.

У таблиці 3.3 наведено ефективність варіантів політики розвитку системи психічного здоров'я. В цій таблиці відображене співвідношення між вигодами та витратами щодо альтернатив політики. З боку держави, найменш ефективним є 1 варіант, адже він не матиме жодного ефекту стосовно проблеми, що необхідно вирішити, відповідно, 2 варіант частково її вирішує і потребує середнього об'єму витрат, 3 варіант є «найдорожчим», але і найбільш результативним.

Таблиця 3.3. Ефективність варіантів політики розвитку системи психічного здоров'я

Об'єкт впливу	Якісний опис варіанта політики					
	Варіант 1		Варіант 2		Варіант 3	
	Вигоди	Витрати	Вигоди	Витрати	Вигоди	Витрати
Держава	1	1	2	2	3	3
Бізнес	1	1	3	2	2	3
Громадяни	2	3	1	2	3	1
Оцінка:	-1		0		1	

Джерело: сформовано автором.

Найпростішим варіантом за параметром політичної здійсненності є статус кво, адже він не потребує будь-яких ресурсів та дій.

Варіанти (б) та (в) є рівнозначними загалом, але варіант (в) більше відповідає інтересам бізнесу, а варіант (б) інтересам споживачів послуг та їх родинам чи опікунам

Таблиця 3.4. Політична здійсненність варіантів політики

Критерій оцінювання	Якісний опис варіанта політики		
	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Відповідність пріоритетним завданням уряду	1	3	2

Імовірність політичної підтримки	2	3	1
Ставлення громадськості	1	2	3
Ставлення впливових груп інтересів	1	2	3
Відповідальність за рішення	1	2	3
Оцінка:	6	12	12

Джерело: сформовано автором.

Варіант (а) не потребує жодних ресурсів та зусиль, отже є найбільш адміністративно здійсненним, щодо варіантів (б) та (в), в рамках інтегрування служб психічного здоров'я, а тому велика кількість роботи має бути зроблена, як у законодавчій так і у адміністративних сферах

Таблиця 3.5. Адміністративна здійсненність варіантів політики

Критерій оцінювання	Якісний опис варіанта політики		
	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Наявність нормативно-правової бази	3	2	1
Імовірність реалізації за чинних адміністративних умов	3	1	2
Достатність фінансових ресурсів	3	2	1
Інтерес службовців	3	1	2
Оцінка:	12	6	6

Джерело: сформовано автором.

У таблиці 3.6 наведено підсумкове порівняння варіантів політики розвитку системи психічного здоров'я за усіма критеріями.

Таблиця 3.6. Порівняння варіантів політики за різними критеріями ефективності

Критерій порівняння	Оцінка варіанта політики		
	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3
Результативність	1	2	3
Ефективність	1	2	3
Адміністративна здійсненність	3	2	1
Політична здійсненність	3	2	2
Сумарна оцінка:	8	8	9

Джерело: сформовано автором.

Таким чином, рекомендованим варіантом політики є створення та розвиток Служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю. Для успішної реалізації цього варіанту потрібно зробити наступні кроки:

1. Скоротити кількість психіатричних лікарень.
2. На законодавчому рівні визначити, що таке «психічне здоров'я» та «послуги в сфері психічного здоров'я».
3. Створити громадські служби психічного здоров'я.
4. Розвивати служби психічного здоров'я в лікарнях загального профілю
5. Інтегрувати служби психічного здоров'я в первинну медичну допомогу
6. Створити неформальні громадські служби психічного здоров'я
7. Пропагувати «психічний» догляд за собою та популяризувати в суспільстві тему психічного здоров'я.

Не існує моделі організації служб психічного здоров'я, яка б відповідала потребам усіх країн. Наведені вище рекомендації представляють загальні принципи, які, ймовірно, будуть застосовні в Україні. Кожній країні необхідно адаптувати їх залежно від існуючих умов. Люди з психічними розладами повинні задовольняти різноманітні потреби, які часто виходять за рамки медичної допомоги. Більше того, зацікавлені сторони, ймовірно, матимуть певний вплив

на розвиток системи обслуговування. Люди з психічними розладами, члени сімей та члени місцевої громади є рівноправними партнерами служб психічного здоров'я. У зв'язку з цим особливого значення набуває активна співпраця всіх сторін для задоволення необхідних потреб. Заклади психічного здоров'я та догляду за хворими повинні бути організовані таким чином, щоб досягти цієї мети.

3.2. Пропозиції щодо оцінки ефективності впровадження служб психічного здоров'я в Україні

Бачення служби психічного здоров'я полягає в тому, щоб зміцнити психічне здоров'я, запобігти психічним захворюванням, забезпечити одужання від психічних захворювань, сприяти дестигматизації та десеґрегації та забезпечити соціально-економічне включення осіб, уражених психічними захворюваннями, шляхом надання доступного, доступного та якісного здоров'я соціальна допомога всім людям протягом усього їхнього життя в рамках, що гарантують їм їхні права.

Виходячи з бачення та ґрунтуючись на цінностях та принципах, цілі та завдання служб психічного здоров'я є такими:

1. Цілі:

1.1. Зменшити дистрес, інвалідність, виключення захворюваності та передчасну смертність, пов'язану з проблемами психічного здоров'я, протягом усього життя людини.

1.2. Поліпшити розуміння психічного здоров'я в країні.

1.3. Зміцнити лідерство в секторі психічного здоров'я на національному, державному та районному рівнях.

2. Завдання:

2.1. Забезпечити загальний доступ до допомоги психічного здоров'я.

2.2. Розширити доступ і використання комплексних послуг з психічного здоров'я (включаючи послуги з профілактики, лікування, догляду та підтримки) особами з проблемами психічного здоров'я.

2.3. Розширити доступ до послуг психічного здоров'я для вразливих груп населення, включаючи бездомних осіб, осіб у віддалених районах, на важкодоступних місцевостях, у освітньо/соціально/економічно неблагополучних районах.

2.4. Для зменшення поширеності та впливу факторів ризику, пов'язаних із проблемами психічного здоров'я.

2.5. Для зниження ризику та частоти самогубств і спроб суїциду.

2.6. Забезпечити повагу до прав та захист від шкоди особам (особам) із психічними проблемами.

2.7. Зменшити стигму, пов'язану з проблемами психічного здоров'я.

2.8. Підвищити доступність та справедливий розподіл кваліфікованих кадрів для психічного здоров'я.

2.9. Поступово збільшувати фінансові асигнування та покращувати використання для зміцнення психічного здоров'я та догляду.

2.10. Виявлення та вирішення соціальних, біологічних та психологічних детермінант проблем психічного здоров'я та надання відповідних заходів.

Завдяки розвитку служб можна досягти хороших клінічних результатів у лікуванні багатьох психічних розладів у закладах первинної ланки.

Послуги з психічного здоров'я в системі первинної медичної допомоги мають низку значних переваг: кращий доступ і сприйняття населенням і нижчі витрати як для постачальників послуг, так і для споживачів.

Організація психіатричних служб у лікарнях загального профілю потребує достатньої кількості кваліфікованого медичного персоналу, який пройшов необхідну підготовку.

Державні служби психічного здоров'я громади за місцем проживання повинні тісно співпрацювати з закладами первинної медичної допомоги та спеціалізованими та високоспеціалізованими психіатричними службами.

Традиційно комунальні служби психічного здоров'я в громаді з необхідними ресурсами мають добру репутацію серед пацієнтів та медичних працівників.

Основними показниками результативності створення служб психічного здоров'я в Україні варто визначити:

1. Примусові заходи в психіатричній стаціонарній допомозі (% від загальної кількості психіатричних стаціонарних хворих).

2. Участь у трудовому житті (частка оплачуваної роботи/заробітку від загального доходу) всіх членів населення, які мають проблеми з психічним здоров'ям (амбулаторна допомога, періоди стаціонарного догляду, пропуски по хворобі, придбання ліків)

3. Досвід стигматизації через хворобу (%) Частка громадян, які не хотіли б жити по сусідству з споживачем наркотиків (%) алкоголіком (%) людиною з психічними труднощами (%)

4. Частка громадян, які відчувають дискомфорт і страх при зустрічі з особами з психічними проблемами (%)

5. Опитування для медичних працівників у центрах охорони здоров'я щодо підготовки кадрів з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин, моделей співпраці з відділами психіатрії та наркозалежності та функціональності цих моделей, а також ланцюгів лікування

6. Примусове направлення на спостереження в психіатричну стаціонар для осіб віком не менше 18 / кількість осіб

7. Примусове направлення на спостереження в психіатричну стаціонар для осіб віком 0–17 років / кількість осіб

8. Користування послугами психічного здоров'я людьми, які повідомляють про суїцидальні думки (%)

9. Які муніципальні установи залучені до робочих груп із сприяння благополуччю та здоров'ю?

10. Які сектори представлені в робочій групі зі сприяння благополуччю та здоров'ю?

11. Перше амбулаторне відвідування протягом тижня після виписки з психіатричної лікарні (у відсотках)

ВИСНОВКИ

У дослідженні визначено наступні особливості, проблеми, недоліки системи охорони психічного здоров'я в Україні:

1. Системи охорони психічного здоров'я у всьому світі не достатньо адекватно реагують на потреби людей з психічними розладами і характеризуються суттєвою недостатністю ресурсів. в глобальному масштабі існує потреба у посиленні лідерства та управління системою психічного здоров'я; наданні комплексних, інтегрованих та відповідних послуг в сфері психічного здоров'я та соціальної допомоги в громадських умовах; впровадженні стратегій зміцнення та профілактики психічного здоров'я; оптимізації інформаційних систем, доказової медицини та покращення сфери досліджень психічного здоров'я.

Організація служби охорони психічного здоров'я в різних країнах відбувається наступним чином: 1. Служба охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки. 2. Служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю (для профілактики стигматизації). 3. Спеціалізовані інституційні психіатричні клініки, які надають послуги для хворих з гострими психічними розладами. Служби охорони психічного здоров'я можуть бути державної та приватної форми власності.

Встановлено, що існують розриви між потребою в лікуванні та його наданням з частими проявами низького рівня якості допомоги; мінімізація яких потребує: посилення ефективного лідерства в системі охорони психічного здоров'я населення; застосування комплексних підходів щодо надання відповідних послуг; розробки й реалізації стратегій, політики, планів та заходів їх досягнення на національному рівні, зокрема в системі публічного врядування.

В дослідженні наведено механізм функціонування публічного врядування системою охорони здоров'я на національному рівні та виділено його основні компоненти для ефективного управління елементами системи, серед

яких: 1) політика та плани, стратегії, визначені на національному рівні; 2) законодавство у сфері психічного здоров'я; 3) співпраця між основними зацікавленими сторонами; 4) фінансування; 5) національне страхування психічного здоров'я; 6) трудові ресурси (персонал) у сфері психічного здоров'я. Дослідження організації служби охорони психічного здоров'я в різних країнах показало можливість розробки служби психічного здоров'я на національному рівні за такими категоріями: служба охорони психічного здоров'я; служба охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю; спеціалізовані інституційні психіатричні клініки. Обґрунтовано, що наявність виділених фінансових ресурсів для фінансування сфери психічного здоров'я має вирішальне значення для розробки, впровадження та підтримки служб психічного здоров'я.

2. Зарубіжний досвід свідчить про реформування системи психічного здоров'я в різних країнах шляхом деінституціоналізації – заміни тривалого перебування в психіатричній лікарні на короткочасне та надання медичної допомоги за місцем проживання. Процес деінституціоналізації призвів до значного скорочення психіатричних лікарень. Крім цього, відбувається підвищення якості надання послуг у психіатричних лікарнях, скорочення терміну перебування хворих у лікарняних закладах. Такий підхід створює скорочення кількості психіатричних лікарень та дозволяє змінити стаціонарну модель на модель середовищної психіатрії. Головною метою національних програм охорони психічного здоров'я у країнах Європейського Союзу є забезпечення хворих на психічні захворювання доступною лікувально-профілактичною, реабілітаційною допомогою у родинному та соціальному середовищах та запобігання стигматизації осіб з психічними розладами.

Існує необхідність вироблення політики охорони психічного здоров'я в Україні з **урахуванням сучасного зарубіжного досвіду**: розробки реабілітаційних програм, впровадження соціально орієнтованих заходів з оплатою праці для осіб, які страждають на психічні розлади; організації програм клінічної підготовки для психіатрів та психологів; збільшення кількості

спеціалістів відповідного профілю; кадрове забезпечення; зарахування психосоціальних послуг як частини пакета медичних послуг тощо.

3. Система психічного здоров'я на національному рівні в Україні передбачає надання амбулаторної психіатричної допомоги, що надається лікарем-психіатром стаціонарної психіатричної допомоги у відповідній системі закладів. Система психічного здоров'я України включає кадрове забезпечення її надання та інфраструктуру – заклади з надання психіатричної допомоги.

Психіатрична допомога передбачає комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб відповідно законодавству України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин. Аналіз чинників середовища функціонування системи психічного здоров'я, що формують контекст проблеми психічних розладів населення в Україні, вказує на потребу у розвитку ефективної системи профілактики розладів психіки та поведінки.

4. В Україні розвинена нормативно-правова та інституційна база для функціонування системи психічної допомоги, що включає Конституцію, Кодекси та Закони ВРУ, Постанови та Розпорядження КМУ, стратегічні документи розвитку (Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року та План заходів на 2021-2023 роки), Накази Міністерства Охорони Здоров'я України, ВРУ, Міністерства праці та соціальної політики України.

5. В Україні система охорони психічного здоров'я успадкувала організаційну структуру, стратегії та практику системи Радянського Союзу з усіма її перевагами та недоліками, що не змінилася суттєво за роки незалежності. Система залишається в цілому сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізують медичні кадри в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Вказане призводить до проблем стигми та дискримінації осіб з психічними розладами.

6. Основними компонентами проблеми у сфері охорони психічного здоров'я в Україні слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я; відсутність системи профілактики психічних розладів; недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я; низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій; відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у цій сфері; надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту; обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я; недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я.

7. Для вирішення вказаних проблем у сфері психічного здоров'я пропонується ~~варто~~ запровадити служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю, для успішної реалізації яких потрібно скоротити кількість психіатричних лікарень, законодавчо визначити поняття «психічне здоров'я» та «послуги в сфері психічного здоров'я», створити громадські служби психічного здоров'я, розвивати служби психічного здоров'я в лікарнях загального профілю інтегрувати служби психічного здоров'я в первинну медичну допомогу, створити неформальні громадські служби психічного здоров'я, пропагувати «психічний» догляд за собою та популяризувати в суспільстві тему психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березовська, Є. О., & Кризина, Н. П. Проблеми та перспективи державної політики в міжнародних нормативно-правових актів з питань охорони психічного здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 2011. Вип. (10). С. 25-32.
2. Возний, Д. В. Аналіз існуючої системи організація наркологічної допомоги в Україні на національному і регіональному рівнях, локально-клінічному і позаклінічному етапах. *Психічне здоров'я*, 2015. Вип. (1). С. 64-66.
3. Губар, О. Особливості реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні на сучасному етапі. 2019.
4. Дослідження ВОЗ, щодо стану психічного здоров'я WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health.
5. Інститут метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я (IHME) при Вашингтонському університеті. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (дата звернення: 01.06.2022).
6. Кабінет Міністрів України. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/kabinet-ministriv-zatverdiv-plan-zahodiv-iz-realizaciyi-koncepciyi-rozvitku-ohoroni-psihichnogo-zdorovya-v-ukrayini> (дата звернення: 01.06.2022).
7. Корнацький, В. М., Михальчук, В. М., Дяченко, Л. О. Перспективи впровадження системи охорони психічного здоров'я на первинному рівні. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 2018. Вип № 4). С. 145-148.
8. Лінський, І. В. Розвиток охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. *Український вісник психоневрології*. 2018. Том 26. Вир. 1 (94). С. 127. URL:

<https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/fc0/fc0df47da9460d030e7c21c7e18d0995.pdf>

(дата звернення: 01.06.2022).

9. Малімон, Л. Професійна самореалізація як чинник психічного здоров'я персоналу державної служби. *Psychological Prospects Journal*, 2018. Вип. (31). С. 195-206. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-195-206>(дата звернення: 01.06.2022).

10. Миронюк, В. І. (2020). Комплаєнс пацієнта–індикатор можливості організаційної деінституалізації психіатричної допомоги в системі охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*, 2020. Вип. 2(3). С. 45-49.

11. Міщиха, Л. П., Кулеша-Любінець, М. М. Психічне здоров'я як складова особистісного благополуччя. *Збірник наукових праць*, 2020. С. 166-168.

12. Національна психологічна асоціація. URL: <https://www.npa-ua.org/reyestr-psihologiv> (дата звернення: 01.06.2022).

13. Оксентюк Н. В. Проблема психічного здоров'я: європейський досвід. Психологія: реальність і перспективи. *Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету*. 2018. Вип. 10. С. 107-114.

14. Організація служб охорони психічного здоров'я. Клінічна настанова, заснована на доказах. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_opz.pdf (дата звернення: 01.06.2022).

15. Осуховська, О. С., Степанова, Н. М. (2014). Стратегічна парадигма розвитку охорони психічного здоров'я в Україні. *Архів психіатрії*, 2014. Вип. 20 (2). С. 11-15.

16. Пінчук І. Я., Суховій О. О., Степанова Н. М. Аналіз фінансування систем охорони психічного здоров'я країн–членів Європейського Союзу. *Архів психіатрії*. 2014. Вип. 20 (3). С. 22-26.

17. Пінчук, І. Я. *Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я* (Doctoral dissertation, Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02. 03, соціальна медицина. Київ, 2011. 37 с.

18. Пінчук, І. Я., Степанова, Н. М., Колодежний, О. В., Здорик, І. Ф. Аналіз систем охорони психічного здоров'я країн–членів Європейського Союзу та України. *Архів психіатрії*, 2016. Вип. 22 (2). С. 28-39.
19. Порядок психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1390-17#Text> (дата звернення: 01.06.2022).
20. Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами, Наказ Міністерства соціальної політики України від 17.12.2018 № 1901. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0066-19#Text> (дата звернення: 01.06.2022).
21. Про психіатричну допомогу, Закон України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення: 01.06.2022).
22. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p#Text> (дата звернення: 01.06.2022).
23. Центр медичної статистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 01.06.2022).
24. Чорна В. В. Детермінація психічного здоров'я населення в Україні та країнах ЄС. *Довкілля та здоров'я*. 2020. Вип. 2 (95). С. 47-53.
25. Чорна В. В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020. Т. 3. Вип. 24. С. 447-456.
26. Шафранський, В. В., Дудник, С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. *Україна. Здоров'я нації*, Вип. 3. 2016. С. 12-18.
27. Beds in mental hospitals (per 100,000). URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/beds-in-mental-hospitals-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/beds-in-mental-hospitals-(per-100-000)) (Accessed 14 May 2022).

28. Country Resources: Ukraine. URL: <https://www.mindbank.info/collection/country/ukraine/all> (Accessed 14 May 2022).
29. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Accessed 14 May 2022).
30. Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Accessed 14 May 2022).
31. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (Accessed 14 May 2022).
32. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).
33. Mental Health ATLAS 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).
34. Mental health service availability. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/mental-health-service-availability> (Accessed 14 May 2022).
35. Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf (Accessed 14 May 2022).
36. Mental hospital admissions (per 100,000). URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mental-hospital-admissions-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mental-hospital-admissions-(per-100-000)) (Accessed 14 May 2022).
37. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med.* 2022;19(2):e1003901. [doi:10.1371/journal.pmed.1003901](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901).

38. Outpatient visits (per 100,000). URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/outpatient-visits-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/outpatient-visits-(per-100-000)) (Accessed 14 May 2022).
39. The Mental Health Atlas. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Accessed 14 May 2022).
40. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. <http://www.mindbank.info> (Accessed 14 May 2022).
41. World Health Organization. URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (Accessed 14 May 2022).

ДОДАТКИ

Додаток А

Показники кадрового забезпечення країн Європи в системі психічного здоров'я

Медичні сестри, які працюють у секторі психічного здоров'я (на 100 000)	2015	2016
Австрія	90,58 2	-
Чехія	30,34 8	-
Іспанія	2,873	-
Естонія	-	23,4 84
Угорщина	-	33,7 39
Італія	23,49 2	-
Польща	-	30,9 16
Швеція	-	50,5 66
Соціальні працівники, які працюють у сфері психічного здоров'я (на 100 тис.)	2015	2016
Чехія	1,207 12	-
Іспанія	0,114 23	-
Естонія	-	0,53 2
Італія	2,591 41	-
Психологи, що працюють у сфері психічного здоров'я (на 100 тис.)	2015	2016
Австрія	103,0 36	-
Чехія	2,518	-
Німеччина	49,55 5	-
Естонія	-	6,46

Угорщина	-	2,48 4
Італія	3,798	-
Польща	-	16,3 46

Додаток Б

Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу.			
Відділення (кабінети)	Число амбул.- поліклінічних закладів (підроздлів), які мають дане відділення (кабінет)		
	Психіатричні	Психотерапевтичні	Наркологічні
Україна	584	113	481
Вінницька	30	5	28
Волинська	17	2	17
Дніпропетровська	38	14	29
Донецька	18	3	12
Житомирська	26	5	23
Закарпатська	20	6	14
Запорізька	28	7	19
Івано-Франківська	21	6	19
Київська	27	0	15
Кіровоградська	22	2	20
Луганська	19	2	15
Львівська	34	9	25
Миколаївська	20	2	19
Одеська	36	5	30
Полтавська	30	3	25
Рівненська	18	1	16
Сумська	19	8	19
Тернопільська	19	5	17
Харківська	30	13	26
Херсонська	21	2	14
Хмельницька	28	1	23
Черкаська	20	2	23
Чернівецька	12	4	11
Чернігівська	26	1	21
м.Київ	5	5	1

Додаток В

Кількість та діяльність диспансерів в Україні, 2021 рік

Найменування	Число закладів	З них мають стаціонари	Число ліжок на 31.12.	Середньорічні ліжка	Поступило хворих
Б	1	2	3	4	5
Психоневрологічні					
Україна	14	5	570	584,00	8 175
АР Крим	0	0	0	0,00	0
Вінницька	0	0	0	0,00	0
Волинська	0	0	0	0,00	0
Дніпропетровська	0	0	0	0,00	0
Донецька	0	0	0	0,00	0
Житомирська	0	0	0	0,00	0
Закарпатська	0	0	0	0,00	0
Запорізька	2	2	140	154,00	2 116
Івано-Франківська	0	0	0	0,00	0
Київська	0	0	0	0,00	0
Кіровоградська	0	0	0	0,00	0
Луганська	0	0	0	0,00	0
Львівська	1	1	125	125,00	1 203
Миколаївська	0	0	0	0,00	0
Одеська	1	0	0	0,00	0
Полтавська	0	0	0	0,00	0
Рівненська	1	1	145	145,00	3 443
Сумська	0	0	0	0,00	0
Тернопільська	0	0	0	0,00	0
Харківська	2	0	0	0,00	0
Херсонська	0	0	0	0,00	0
Хмельницька	1	0	0	0,00	0
Черкаська	1	1	160	160,00	1 413
Чернівецька	0	0	0	0,00	0
Чернігівська	0	0	0	0,00	0
м.Київ	5	0	0	0,00	0
м.Севастополь	0	0	0	0,00	0
Наркологічні					
Україна	13	11	954	962,00	31 772
АР Крим	0	0	0	0,00	0
Вінницька	1	1	80	80,00	1 616

Волинська	0	0	0	0,00	0
Дніпропетровська	0	0	0	0,00	0
Донецька	2	1	54	54,00	1 565
Житомирська	0	0	0	0,00	0
Закарпатська	1	1	75	75,00	1 395
Запорізька	0	0	0	0,00	0
Івано-Франківська	0	0	0	0,00	0
Київська	0	0	0	0,00	0
Кіровоградська	2	1	60	68,00	2 040
Луганська	1	1	60	60,00	1 557
Львівська	1	1	180	180,00	9 898
Миколаївська	0	0	0	0,00	0
Одеська	0	0	0	0,00	0
Полтавська	1	1	115	115,00	2 335
Рівненська	0	0	0	0,00	0
Сумська	0	0	0	0,00	0
Тернопільська	1	1	85	85,00	3 084
Харківська	1	1	100	100,00	3 333
Херсонська	0	0	0	0,00	0
Хмельницька	0	0	0	0,00	0
Черкаська	1	1	100	100,00	2 074
Чернівецька	1	1	45	45,00	2 875
Чернігівська	0	0	0	0,00	0
м.Київ	0	0	0	0,00	0
м.Севастополь	0	0	0	0,00	0

Додаток Д

Штатні та зайняті посади в психіатричних та наркологічних лікарнях в
Україні, 2021 рік

Найменування	Всього посад		Посад лікарів (без зубних)		Число фіз. осіб на зайнят их посадах	Посад середнього медперсоналу	
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих
Б	1	2	3	4	5	10	11
Психіатричні та наркологічні лікарні							
Україна	25 880,50	22 644,00	3 265,25	2 661,00	2 347	7 772,25	6 829,50
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	1 221,25	1 153,75	185,50	171,00	162	417,00	400,75
Волинська	552,50	512,00	60,50	53,50	49	165,75	153,50
Дніпропетровська	2 526,00	1 916,25	316,50	234,25	199	761,00	576,50
Донецька	1 266,00	1 088,00	172,00	117,50	93	399,75	345,50
Житомирська	50,00	19,75	7,25	3,50	4	11,25	4,75
Закарпатська	348,50	290,50	45,50	31,50	24	93,50	73,75
Запорізька	1 167,00	1 099,25	191,00	169,25	124	323,25	315,25
Івано-Франківська	947,25	821,25	110,50	98,25	101	317,25	282,75
Київська	1 196,00	831,00	125,25	77,75	69	362,00	227,75
Кіровоградська	644,50	602,00	67,00	51,50	45	213,25	199,50
Луганська	518,25	480,00	53,75	48,00	42	166,25	149,00
Львівська	1 373,50	1 274,50	184,25	168,25	168	456,25	424,25
Миколаївська	614,50	554,75	82,50	61,00	53	162,00	147,00
Одеська	1 682,25	1 398,25	209,00	169,25	165	460,25	378,75
Полтавська	959,75	890,25	118,50	109,00	98	264,50	235,00
Рівненська	494,00	481,75	44,75	40,00	35	152,50	152,50
Сумська	805,50	759,25	93,50	75,25	61	248,00	243,00

Тернопільська	1 172,00	998,25	151,50	116,00	115	352,00	303,00
Харківська	2 096,75	1 847,50	216,50	187,00	156	607,75	528,25
Херсонська	655,25	581,75	71,50	44,25	32	166,50	144,50
Хмельницька	846,25	609,25	91,50	61,25	54	247,00	178,50
Черкаська	681,50	611,25	76,00	61,75	52	200,75	180,75
Чернівецька	515,00	491,50	81,00	75,00	71	156,00	154,00
Чернігівська	913,25	903,75	105,50	96,00	68	278,50	278,50
м.Київ	2 633,75	2 428,25	404,50	341,00	307	790,00	752,50

Додаток Ж

Лікарські посади в лікувально-профілактичних закладах в Україні, 2021 рік

Найменування	Лікарські посади				Число фізичних осіб на зайнятих посадах	в т.ч. лікарські посади в ЦРЛ	
	в цілому по закладу		в т.ч. в поліклініці			штатні	зайняті
	штатні	зайняті	штатні	зайняті			
Б	1	2	3	4	5	6	7
Психіатри							
Україна	2 996,75	2 437,25	1 400,25	1 151,75	2 209	306,50	265,75
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	102,00	91,25	46,00	38,00	82	20,75	18,50
Волинська	69,25	62,25	28,25	25,50	60	14,50	14,00
Дніпропетровська	259,75	191,50	118,50	92,25	168	3,00	3,00
Донецька	149,00	97,50	79,50	62,00	79	21,25	13,75
Житомирська	85,25	62,75	39,50	34,50	60	9,00	7,75
Закарпатська	61,25	50,75	35,50	32,50	49	4,00	4,00
Запорізька	148,00	136,50	79,50	72,25	105	18,50	16,00
Івано-Франківська	84,50	77,75	41,75	36,50	82	13,50	11,75
Київська	114,25	79,25	56,25	43,50	77	23,50	20,25
Кіровоградська	81,75	60,00	39,25	32,00	52	5,50	5,50
Луганська	65,50	57,75	30,50	27,00	46	12,25	11,00
Львівська	211,50	199,00	85,75	80,50	192	9,50	9,00
Миколаївська	63,75	50,75	30,75	23,50	46	11,00	9,25
Одеська	190,50	147,25	93,00	67,25	149	24,25	20,50
Полтавська	116,50	97,50	60,50	50,00	93	29,75	24,00
Рівненська	69,25	61,75	32,75	28,25	54	2,75	2,75
Сумська	99,00	80,25	44,50	36,25	70	8,25	7,50
Тернопільська	84,50	69,50	38,25	32,00	73	2,75	2,50
Харківська	220,25	182,50	106,75	82,00	159	12,50	10,75
Херсонська	70,25	56,00	31,00	27,75	44	12,50	11,25
Хмельницька	85,00	66,25	44,25	37,25	59	3,25	3,25
Черкаська	96,00	83,75	47,25	42,00	67	20,25	16,00
Чернівецька	51,50	50,50	22,25	22,25	50	12,00	12,00
Чернігівська	84,00	74,50	39,25	36,75	57	12,00	11,50
м.Київ	334,25	250,50	129,50	90,00	236	0,00	0,00

в т.ч. психіатри дитячі							
Україна	321,00	250,50	228,50	179,25	239	28,00	22,50
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	8,75	7,75	4,00	3,25	8	2,25	1,75
Волинська	4,25	3,25	3,00	2,25	3	0,75	0,50
Дніпропетровська	24,25	17,25	17,25	11,75	17	0,00	0,00
Донецька	17,75	12,00	13,25	9,50	10	2,00	2,00
Житомирська	11,00	6,00	4,00	3,00	5	1,00	0,00
Закарпатська	7,75	7,75	6,25	6,25	9	1,00	1,00
Запорізька	25,00	21,00	14,50	12,50	16	1,75	1,50
Івано-Франківська	12,50	10,50	10,00	8,00	12	4,00	2,50
Київська	11,00	8,00	8,50	5,75	7	3,00	2,75
Кіровоградська	7,25	4,75	4,25	2,50	4	0,50	0,50
Луганська	2,75	2,00	2,50	1,75	1	0,00	0,00
Львівська	28,75	26,75	23,75	21,75	25	1,25	1,25
Миколаївська	5,50	3,25	4,50	2,25	4	0,00	0,00
Одеська	21,25	12,50	16,00	8,50	12	1,50	1,00
Полтавська	12,75	9,25	9,50	8,00	8	2,50	2,00
Рівненська	5,00	4,25	3,75	3,00	4	1,00	1,00
Сумська	10,50	10,00	9,75	9,25	8	3,25	3,25
Тернопільська	10,00	8,50	5,75	4,25	8	0,00	0,00
Харківська	20,00	17,25	17,75	15,00	16	1,00	0,50
Херсонська	7,00	5,00	4,50	3,75	4	0,00	0,00
Хмельницька	7,00	5,50	5,50	4,00	4	0,00	0,00
Черкаська	10,25	10,00	6,50	6,50	8	0,00	0,00
Чернівецька	8,25	8,25	3,50	3,50	8	1,00	1,00
Чернігівська	4,75	3,50	3,25	3,00	3	0,25	0,00
м.Київ	37,75	26,25	27,00	20,00	35	0,00	0,00
Наркологи							
Україна	972,75	759,00	717,75	560,50	659	220,00	173,75
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	41,50	31,00	33,75	24,50	28	17,25	14,50
Волинська	32,00	26,50	20,00	16,25	25	11,00	8,75
Дніпропетровська	79,75	48,25	61,50	36,00	44	4,50	2,75
Донецька	42,00	34,50	31,25	25,00	28	2,00	0,00
Житомирська	38,25	31,00	26,25	21,75	24	5,50	5,50
Закарпатська	21,00	17,75	14,75	11,50	17	2,00	2,00
Запорізька	49,50	39,25	39,50	30,00	30	14,25	9,50
Івано-Франківська	25,75	23,75	22,25	20,25	24	6,75	6,50

Київська	37,25	25,25	31,25	20,75	23	18,00	12,50
Кіровоградська	31,50	24,50	27,75	21,75	20	4,25	3,25
Луганська	17,75	13,50	14,25	10,50	9	7,25	5,50
Львівська	57,50	51,00	29,00	26,25	47	6,00	5,75
Миколаївська	32,25	22,50	22,25	15,50	18	11,25	9,00
Одеська	47,00	36,50	41,75	32,50	38	13,00	9,50
Полтавська	52,00	36,75	43,50	30,75	35	24,50	18,00
Рівненська	31,25	24,75	21,00	16,00	20	2,75	2,75
Сумська	39,00	29,50	24,50	20,75	28	12,75	10,75
Тернопільська	24,25	21,25	24,25	21,25	15	2,00	2,00
Харківська	73,00	62,25	52,75	42,00	49	10,25	6,25
Херсонська	24,75	16,75	14,50	12,75	14	8,75	8,00
Хмельницька	38,25	26,25	27,50	20,75	25	1,75	1,75
Черкаська	32,75	26,50	23,50	20,50	22	16,50	14,25
Чернівецька	25,75	23,00	22,00	20,25	21	9,75	9,25
Чернігівська	37,50	32,75	34,00	29,75	24	8,00	5,75
м.Київ	41,25	34,00	14,75	13,25	31	0,00	0,00
Психотерапевти							
Україна	224,75	136,75	127,75	78,75	115	12,75	5,25
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	4,25	2,50	2,00	1,25	3	0,25	0,25
Волинська	5,00	4,00	3,00	2,00	3	0,75	0,75
Дніпропетровська	22,25	10,25	15,00	7,00	11	0,25	0,25
Донецька	10,00	4,75	4,75	2,00	4	2,00	0,00
Житомирська	8,00	3,00	5,00	3,00	3	1,00	0,00
Закарпатська	8,75	7,50	7,75	6,50	6	0,00	0,00
Запорізька	10,50	5,50	5,50	3,50	5	0,75	0,25
Івано-Франківська	7,00	4,25	4,75	2,50	4	0,00	0,00
Київська	3,50	0,75	2,00	0,75	1	0,25	0,25
Кіровоградська	3,25	1,75	1,50	0,75	0	0,00	0,00
Луганська	3,50	3,00	2,00	1,50	2	1,50	1,00
Львівська	18,25	14,25	12,50	9,50	11	0,00	0,00
Миколаївська	5,00	3,50	3,75	3,00	3	0,00	0,00
Одеська	10,50	5,75	6,50	3,75	7	1,00	0,00
Полтавська	10,25	7,75	5,75	4,00	5	0,75	0,25
Рівненська	2,25	2,00	0,25	0,00	1	0,00	0,00
Сумська	13,50	9,00	8,25	6,00	7	1,25	0,50
Тернопільська	8,25	4,75	4,00	2,00	4	0,50	0,50
Харківська	26,25	19,00	15,00	11,25	15	1,50	1,25
Херсонська	3,50	3,00	2,50	2,50	2	0,00	0,00
Хмельницька	3,00	1,25	0,25	0,25	1	0,00	0,00

Черкаська	6,00	3,00	2,50	1,00	3	1,00	0,00
Чернівецька	6,00	5,00	2,50	1,50	5	0,00	0,00
Чернігівська	3,00	2,25	0,00	0,00	1	0,00	0,00
м.Київ	23,00	9,00	10,75	3,25	8	0,00	0,00
Лікарі психологи							
Україна	254,00	167,25	110,25	73,00	146	24,50	15,50
АР Крим	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Вінницька	35,50	29,75	13,50	11,25	25	3,75	2,50
Волинська	4,25	4,00	1,25	1,00	4	1,00	1,00
Дніпропетровська	7,50	1,00	4,75	1,00	0	0,00	0,00
Донецька	3,25	0,25	0,25	0,25	0	0,00	0,00
Житомирська	6,25	4,75	5,00	3,75	5	0,00	0,00
Закарпатська	7,50	4,75	3,50	2,25	5	0,00	0,00
Запорізька	1,75	0,50	0,50	0,50	0	0,00	0,00
Івано-Франківська	10,50	7,50	6,50	4,25	6	1,00	1,00
Київська	19,50	9,00	12,75	6,00	9	5,50	2,50
Кіровоградська	1,25	0,50	1,25	0,50	0	0,00	0,00
Луганська	0,50	0,50	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Львівська	4,75	3,00	2,00	0,50	3	0,00	0,00
Миколаївська	5,25	4,25	1,25	1,25	3	0,50	0,50
Одеська	6,50	3,25	2,25	1,75	1	1,75	0,00
Полтавська	2,25	2,25	0,75	0,75	2	1,00	1,00
Рівненська	7,50	5,75	3,25	2,25	5	0,00	0,00
Сумська	1,00	0,25	0,50	0,00	1	0,00	0,00
Тернопільська	7,75	4,75	2,50	2,50	4	0,50	0,00
Харківська	13,25	5,25	7,25	3,00	3	2,00	0,00
Херсонська	1,50	0,00	0,50	0,00	0	0,00	0,00
Хмельницька	5,50	5,00	1,75	1,25	5	0,00	0,00
Черкаська	5,75	4,50	1,25	1,00	4	2,50	2,25
Чернівецька	26,50	21,75	9,25	8,25	16	4,75	4,50
Чернігівська	0,50	0,50	0,50	0,50	0	0,25	0,25
м.Київ	68,25	44,25	28,00	19,25	45	0,00	0,00