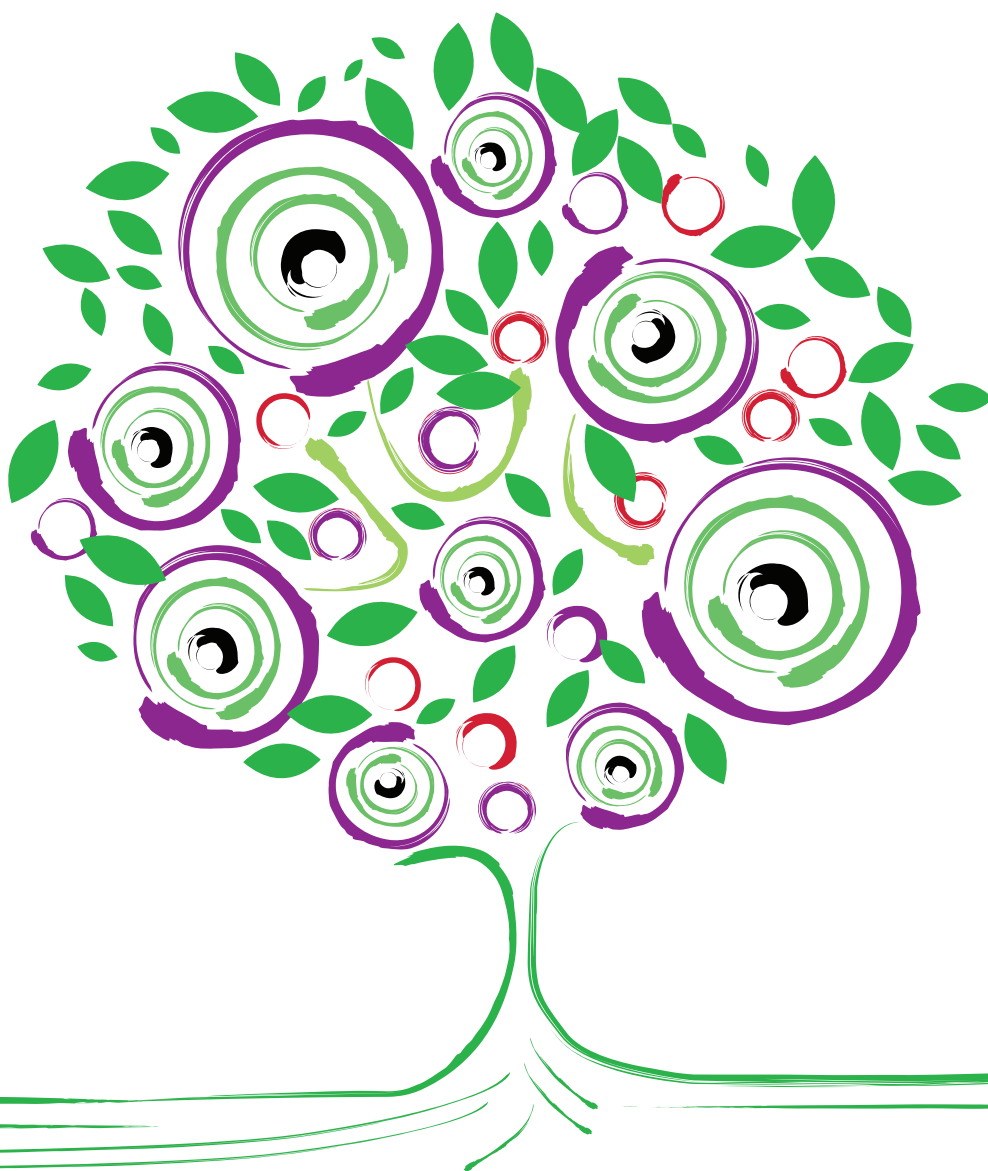




Профилактика психических
расстройств в
Кыргызстане
и борьба с ними:
обоснование инвестиций





Профилактика психических
расстройств в
Кыргызстане
и борьба с ними:
обоснование инвестиций

Авторские права

Данную публикацию можно свободно цитировать, распространять, адаптировать в любом формате полностью или частично при условии правильного указания на оригинальный источник. Этот материал не может быть использован в коммерческих целях или для получения прибыли без получения письменного разрешения.

Рекомендуемая ссылка

Профилактика и лечение психических расстройств в Кыргызстане: аргументы в пользу инвестиций. Министерство здравоохранения Кыргызстана; 2025.

Опубликовано:

Министерство здравоохранения

Московская 148, Бишкек

Кыргызстан

<https://www.med.kg>

© Министерство здравоохранения Кыргызстан, 2025

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения	v
Инфографика (основные выводы)	vi
Резюме	vii
1. Введение	1
2. Анализ ситуации	7
2.1 Специфика страны	9
2.2 Эпидемиология и бремя психических расстройств	11
2.3 Законодательство и меры политики в области охраны психического здоровья	13
2.4 Ресурсы по психическому здоровью	15
2.5 Услуги в области охраны психического здоровья	16
2.6 Информация о психическом здоровье	18
3. Методология	21
3.1 Оценка экономических последствий психических расстройств	22
3.2 Расчет затрат и воздействия на здоровье масштабирования комплексов клинических вмешательств и комплексов мер на уровне населения	25
3.3 Анализ ROI	29
4. Результаты	35
4.1 Экономическое бремя	36
4.2 Затраты на мероприятия	40
4.3 Польза для здоровья, спасенные жизни	42
4.4 Повышение производительности	43
4.5 ROI	45
5. Выводы и рекомендации к рассмотрению	51
5.1 Рекомендации к рассмотрению	54
Библиография	56

Выражение признательности

Настоящий доклад был подготовлен в сотрудничестве между ВОЗ и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) при координации Секретариата Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций (ЮНИАТФ) по профилактике НИЗ и борьбе с ними при технической поддержке организации R-Health Consult (RHC).

Обоснование инвестиций в охрану психического здоровья в Кыргызстане осуществлено под общим руководством Ибраевой Нургуль Сапаркуловны, начальника Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики, и Жарасула Эльдияра, директора Института исследований экономической политики Кыргызской Республики.

Особая благодарность выражается Вячеславу Паку и Салтанат Омуралиевой из Института исследований экономической политики Кыргызской Республики за ведущую роль и лидерство на всех этапах подготовки данного доклада. Общую разработку и надзор за обоснованием инвестиций возглавляли Иларию Кораццу, Алексей Куликов и Надя Путуд (ЮНИАТФ). Экономический анализ, а также институциональный анализ и анализ контекста были проведены группой RHC, в частности, Ребеккой Аарсанд, Нео Тапелой и Йонг Йи Ли (также связан с Университетом Монаша).

Особая благодарность также Лилии Пантелеевой, президенту Кыргызской психиатрической ассоциации, которая участвовала в сборе качественных данных посредством углубленных интервью.

UNIATF также выражает признательность следующим лицам, которые внесли вклад в успешное завершение этого доклада: Гуласыл Сутиева (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики); Алиина Алтымышева (Бюро ВОЗ в Кыргызстане); Даниэла Коррейя и Сумуду Кастуриараччи, Европейское региональное бюро ВОЗ; Дэниел Чисхолм (штаб-квартира ВОЗ); Марина Смелянская и Дадли Тарлтон (ПРООН).

Выражаем благодарность Джейн Уорд и Джереми Уорду за техническое редактирование, а также Жюзанне Шрек за дизайн и верстку отчета и Юрию Сомову за перевод на русский язык.

Доклад был профинансирован за счет добровольного взноса Российской Федерации.

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
ГББ	глобальное бремя болезней (обследование)
ГЖКИ	годы жизни, скорректированные на инвалидность
НИЗ	неинфекционное заболевание
НПО	неправительственная организация
СНСД	страны с низким или средним уровнем дохода
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦУР	цель в области устойчивого развития
mhGAP	Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья
ООР	из собственных средств
ROI	окупаемость инвестиций
SEL	социальное и эмоциональное обучение

Кыргызстан

(основные выводы)



ТЕКУЩЕЕ БРЕМЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



3,97 млрд сомов
(в 2022 г.)
(US\$ 47,3 млн)

0,4% от ВВП Кыргызстана
(в 2022 г.)



352 млн сомов
в 2022 г.
(US\$ 4,2 млн)

Вызваны расходами на
здравоохранение



3,62 млрд сомов
в 2022 г.
(US\$ 43,1 млн)

Вызваны потерями трудоспособного
населения и снижением
производительности труда

НЕОБХОДИМЫЕ СУММЫ ИНВЕСТИЦИЙ



5,31 млрд сомов
(US\$ 63,1 млн)

788 сомов (US\$ 9,3) на душу населения

Инвестиции направляются на проведение
ряда отобранных пакетов клинических мер
и общенациональных (популяционных)
профилактических вмешательств в течение
10-летнего периода

Тревожные
расстройства

632

млн сомов
(US\$ 7,5 млн)

Депрессия

928

млн сомов
(US\$ 11 млн)

Психозы

847

млн сомов
(US\$ 10 млн)

Биполярные
расстройства

1767

млн сомов
(US\$ 21 млн)

Эпилепсия

434

млн сомов
(US\$ 5,1 млн)

Злоупотребление
алкоголем или
алкогольная
зависимость

231

млн сомов
(US\$ 2,7 млн)

SEL в школах
(универсальные)

475

млн сомов
(US\$ 5,6 млн)

ДОХОДНОСТЬ ИНВЕСТИЦИЙ



21,57 млрд сомов
(US\$ 258,6 млн)



Включая рост
производительности
труда и общественную
ценность здоровья

	ROI	К-во лет здоровой жизни	Общий рост производительности
Тревожные расстройства	4,9	12 360	1 186 млн сомов (US\$ 14,1 млн)
Депрессия	8,8	34 824	2 739 млн сомов (US\$ 32,6 млн)
Психозы	1,1	3 492	375 млн сомов (US\$ 4,4 млн)
Биполярные расстройства	0,8	5 230	552 млн сомов (US\$ 6,6 млн)
Эпилепсия	8,6	14 297	1 522 млн сомов (US\$ 18,1 млн)
Злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость	9,4	6 205	1 229 млн сомов (US\$ 14,6 млн)
SEL в школах (универсальные)	4,5	13 201	11 млн сомов (US\$ 130 780)

Резюме

Психические расстройства, такие как депрессия, тревожность, шизофрения и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, входят в глобальные приоритеты общественного здравоохранения и развития. Бремя этих заболеваний в Кыргызстане является существенным и постоянно растет, а их воздействие выходит за рамки слабого здоровья, страданий и социального отчуждения людей и их семей. Психические расстройства также имеют значительные социальные и экономические последствия, включая рост нагрузки на и без того ограниченные ресурсы системы здравоохранения и потери экономической производительности, поскольку люди, страдающие психическими расстройствами, с большей вероятностью покинут рынок труда (из-за преждевременной смерти или инвалидности), пропустят рабочие дни (вынужденное отсутствие на работе) или будут работать с пониженной производительностью (презентеизм). Кроме того, существует двусторонняя связь между социально-экономическим статусом и психическим здоровьем и благополучием, что может привести к возникновению самоусиливающегося порочного круга повышенной уязвимости, обнищания, повышенной нагрузки на систему здравоохранения и негативных побочных эффектов для других секторов.

В настоящем докладе представлены результаты исследования обоснования инвестиций в профилактику и лечение психических расстройств в Кыргызстане за счет масштабирования экономически эффективных мер, стратегий и вмешательств. Сюда включаются клинические вмешательства, такие как базовая психосоциальная поддержка, психологическая поддержка и лекарственные препараты, а также меры на уровне всего населения, такие как социальное и эмоциональное обучение в школах (SEL) для предотвращения депрессии / тревожных состояний и самоубийств.

Описаны экономические данные в обоснование инвестиций, включая затраты на вмешательства, воздействие на здоровье и экономические выгоды, связанные с шестью приоритетными психическими расстройствами (депрессия, тревожность, психоз, биполярное расстройство, эпилепсия и расстройства, вызванные употреблением алкоголя) и самоубийством. В докладе также содержатся рекомендации о шагах, которые правительство Кыргызстана может предпринять для укрепления основанного на участии всех государственных структур подхода к профилактике и лечению психических расстройств, базирующегося на экономических данных и оценке политического и институционального контекста.

Основные выводы

Стоимость психических заболеваний



Психические расстройства затрагивают 11% населения Кыргызстана, и на них пришлось 5,2% от общего бремени болезней в стране в 2019 г., измеряемого в годах жизни, скорректированных на инвалидность (ГЖКИ). Общие издержки в связи с преждевременной смертностью оцениваются в 752 млн сомов. Максимальные убытки из-за преждевременной смерти были вызваны алкогольной зависимостью и обусловлены различными причинами, такими как онкологические заболевания и дорожно-транспортные происшествия. Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, стали причиной 6,2 случая смерти на 100 000 населения.

Результаты обоснования инвестиций указывают на то, что психические расстройства создают значительное экономическое бремя. В 2022 г. общее экономическое бремя отдельных психических расстройств и самоубийств для экономики Кыргызстана оценивалось в 3976 млн сомов, что эквивалентно 0,4% национального ВВП (валовой внутренний продукт) в 2022 г. В то время как прямые затраты составили 352 млн сомов (измеряемые как государственные расходы), косвенные затраты, связанные с отсутствием на работе (пропуски рабочих дней из-за болезни), презентеизмом (нахождение на работе, но с ограниченной трудоспособностью из-за болезни) и преждевременной смертью, были более чем в десять раз выше — 3624 млн сомов. Что касается косвенных затрат, то три четверти из них пришлись на вынужденное отсутствие на работе и презентеизм, при этом тревожные расстройства и депрессия оказались самыми дорогостоящими заболеваниями с точки зрения невыхода на работу и презентеизма.

Эти цифры свидетельствуют о том, что экономическое бремя, связанное с психическими расстройствами, выходит за рамки расходов на здравоохранение и в качестве побочного эффекта приводит к снижению экономической производительности и потере жизней кормильцев для семей и экономики. Необходим подход, основанный на участии всех государственных структур и различных секторов, и другие секторы выиграют от поддержки усилий по профилактике и лечению психического здоровья, поскольку результатом таких усилий станет наличие более здоровой и производительной рабочей силы.

Несмотря на это крупное экономическое бремя, пробелы в лечении и услугах остаются значительными. Критические пробелы и проблемы в обслуживании заключаются в

следующем: преобладание моделей оказания специализированной медицинской помощи на базе медицинских учреждений; доступ к услугам распределен неравномерно, сельские местности обслуживаются недостаточно; государственные услуги для детей и пожилых людей ограничены; кроме того, не хватает репрезентативных данных на национальном уровне о бремени нарушений психического здоровья, что ограничивает возможности мониторинга меняющихся потребностей и реагирования на них.

Зачем инвестировать в интервенции

Реагируя на эти вызовы и укрепляя национальную систему охраны психического здоровья, Правительство Кыргызстана обладает значительными сильными сторонами и располагает возможностями, которые можно использовать. Отмечается лидерство на высоком уровне и многосекторальная приверженность делу охраны психического здоровья, наличие всеобъемлющего и прогрессивного национального плана действий по охране психического здоровья (на 2018–2030 гг.), успешно опробованные модели оказания услуг на уровне общин, начата интеграция услуг по охране психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) посредством осуществления разработанной ВОЗ Программы действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP), а также позитивные результаты в области достижения задач в рамках целей тысячелетия в области развития Организации Объединенных Наций. Создание Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) позволило с 2019 г. предоставлять врачам ПМСП стимулирующие выплаты за раннее выявление и лечение психических заболеваний. Кроме того, в настоящее время разрабатывается ключевой закон, который, после его принятия, заменит закон 1999 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан». Это закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызстане» от 12 января 2024 г. № 14, который охватывает 11 клинических направлений, в том числе нарушения психического здоровья.

Результаты обоснования инвестиций показывают, что масштабирование мероприятий в области охраны психического здоровья в течение следующих 10–15 лет принесет значительную выгоду:



спасет жизни и принесет 38 899 дополнительных лет здоровой жизни к 2032 г. Все проанализированные мероприятия значительно увеличивают общее количество приобретенных лет здоровой жизни (дополнительных лет здоровой жизни). Наибольший эффект наблюдался для вмешательств, связанных с депрессией (14 817 лет здоровой жизни, приобретенных за 10 лет), всеобщими мерами SEL на базе школ (7641), эпилепсией (5868) и тревожными расстройствами (4767). Меры, направленные на биполярное расстройство, депрессию и расстройства, вызванные употреблением алкоголя, также снижали смертность. Кроме того, расходы на здравоохранение будут сокращены в результате предотвращения 102 087 диагностированных случаев психических заболеваний. В этой связи стоит отметить роль междисциплинарных и межпрофессиональных бригад, где патронаж на дому силами медицинских работников создает эффективную бригадную динамику, что способствует стойкой ремиссии и, как следствие, снижению числа госпитализаций.

Предотвратят
экономические
потери

восстановит производительность труда в объеме 3 385 млн сомов в течение 10 лет, достигнув экономических выгод, которые превосходят затраты (3324 млн сомов) на осуществление отдельных мероприятий по охране психического здоровья. Анализ показывает, что для большинства пакетов мер по охране психического здоровья соотношение выгоды и затрат превышает 1,0 за 15 лет. Это означает, что такие меры обеспечивают положительную отдачу от инвестиций (ROI), при этом экономическая выгода превышает затраты на осуществление мер. Пакет мер по лечению расстройств, вызванных употреблением алкоголя, характеризовался самым высоким соотношением выгод и затрат: на каждый сом, вложенный в проведение мер, ожидаемый показатель ROI составляет 3,9 сома за 10 лет и 5,3 сома за 15 лет.

Клинические вмешательства по лечению расстройств, вызванных употреблением алкоголя, и эпилепсии повлекли наименьшие сметные затраты как суммарные затраты, понесенные за 10-летний период масштабирования: 133 млн сомов (20 сомов на душу населения) и 289 млн сомов (43 сома на душу населения) соответственно. Из всех мероприятий охват населения в рамках всеобщего обучения SEL на базе школ был самым малозатратным: его стоимость составила 313 млн сомов (или 46 сомов на душу населения) в течение десятилетнего периода масштабирования.

Повышение экономической производительности, такое как расширение участия в составе рабочей силы, а также сокращение вынужденного отсутствия на работе, не являются единственными соображениями, которые следует учитывать при оценке преимуществ инвестиций в мероприятия по охране психического здоровья. Более целостная оценка выгод включает социальную ценность здоровья, где была бы оправдана внутренняя ценность улучшения состояния здоровья как самоцель. При рассмотрении социальной ценности здоровья, оценки соотношения выгод и затрат и показателей ROI для выбранных мероприятий являются еще более благоприятными.

Биполярное расстройство и психоз являются менее распространенными заболеваниями, и мероприятия в их отношении связаны с более высокими затратами и характеризуются менее выгодным соотношением выгоды и затрат в сравнении с другими мерами. Несмотря на это, крайне важно, чтобы меры по борьбе с такими заболеваниями были включены, учитывая, что затронутые ими лица подвергаются более высокому риску страданий, маргинализации и нарушений прав человека. Инвестирование в эти мероприятия обеспечит оказание Кыргызстаном услуг, необходимых для поддержки нуждающихся лиц, и выполнение страной ее повестки дня в области обеспечения всеобщего доступа и соблюдения прав человека.

Рекомендации к рассмотрению

Результаты этого обоснования инвестиций подтверждают серьезное экономическое воздействие психических расстройств в Кыргызстане. Кроме того, они показывают, что инвестиции в отдельные основанные на фактических данных мероприятия могут значительно улучшить психическое здоровье людей, увеличить продолжительность жизни и снизить потери национальной экономики (таблица ES.1). Для дальнейшего укрепления многосекторальных, основанных на участии всех государственных структур и всего общества мер реагирования на нарушения психического здоровья и для повышения их воздействия можно предпринять следующие практически реализуемые шаги.

- Использовать законопроект 2024 г. и обеспечить его исполнение.
- Повысить налоги на алкоголь.
- Укреплять межсекторальную координацию, в том числе в рамках программ борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и травматизмом.
- Расширить охват медицинской помощью за счет масштабирования мероприятий на уровне общин, справедливой финансовой защиты и укрепления кадровых ресурсов здравоохранения.
- Создать и расширить систему телемедицины по всему Кыргызстану.
- Предоставлять услуги и поддержку для удовлетворения потребностей пожилых людей, детей и лиц с хронической психосоциальной инвалидностью.

Таблица ES.1. Краткое изложение основных выводов

Каждый год результатом психических расстройств становятся...	За 15 лет принятие новых мер и интенсификация существующих мер...
5,2% национального бремени болезней (ГЖКИ)	Принесут 38 899 дополнительных лет здоровой жизни
352 млн сомов в виде расходов на здравоохранение в результате лечения лиц из ранее диагностированных 674 504 лиц (11% населения)	Сократят расходы на здравоохранение в результате предотвращения 102 087 диагностированных случаев заболевания
Потери экономической производительности на сумму 3624 млн сомов	Предотвратят экономические потери в размере 3385 млн сомов (повышение производительности)
Общие экономические издержки эквивалентны 0,4% ВВП (3976 млн сомов)	Дадут экономический эффект в размере 3385 млн сомов, который превышает затраты (3324 млн сомов) на интенсификацию мероприятий



1. Введение

Психическое здоровье является ключевым аспектом жизни, здоровья и благополучия. Нарушения психического здоровья — это группа заболеваний, которые включают психические расстройства, психосоциальные расстройства и психические состояния, связанные со значительными страданиями, нарушением функционирования или риском причинения себе вреда. Наиболее распространенными нарушениями психического здоровья являются тревожные расстройства, депрессия, психоз, биполярное расстройство, эпилепсия и расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Глобальное бремя психических расстройств является значительным и продолжает расти (1). По оценкам ВОЗ, в 2019 г. один из каждых восьми человек, или 970 миллионов человек во всем мире, страдали каким-либо психическим расстройством (2-4). В том же году, по оценкам, 703 000 человек покончили жизнь самоубийством (2).

Общие экономические издержки (прямые и косвенные затраты) психических расстройств оценивались в 2,5 трлн долл. США в 2010 г. и, по прогнозам, возрастут до 6 трлн долл. США в 2030 г. (5). Из тех, кто страдает психическими расстройствами, 82% проживают в странах с низким или средним уровнем дохода (СНСД) (2). Ведущими психическими расстройствами являются тревожность (на ее долю приходится 31% всех психических расстройств, затрагивающих 301 миллион человек, включая 58 миллионов детей) и депрессивные расстройства (на долю которых приходится 29% психических расстройств, затрагивающих 280 миллионов человек, включая 23 млн детей). По оценкам, после пандемии COVID-19 в 2020 г. распространенность тревожных и серьезных депрессивных расстройств увеличилась на 26 и 28%, соответственно, всего за 12 месяцев. В одной из недавних обзорных статей сообщается, что в целом около двух третей ГЖКИ из-за психических расстройств вызваны



депрессивными, тревожными расстройствами, а также расстройствами, вызванными потреблением наркотиков и алкоголя, с общими показателями с поправкой на возраст 598, 375, 276 и 220 на 100 000 человек населения соответственно (6).

Несмотря на такое серьезное бремя болезни, остаются большие пробелы с обеспечением лечения. По оценкам ВОЗ за 2022 г., во всем мире примерно 71% людей, страдающих психозом, не получают лечения (2) и 80% людей, страдающих психическими расстройствами и проживающими в СНСД, не получают лечения (7). В среднем, только 2% бюджетов здравоохранения расходуется на лечение психических заболеваний (2). Это глобальное бремя психических расстройств и пробелов в охвате лечением относится и к Кыргызстану.

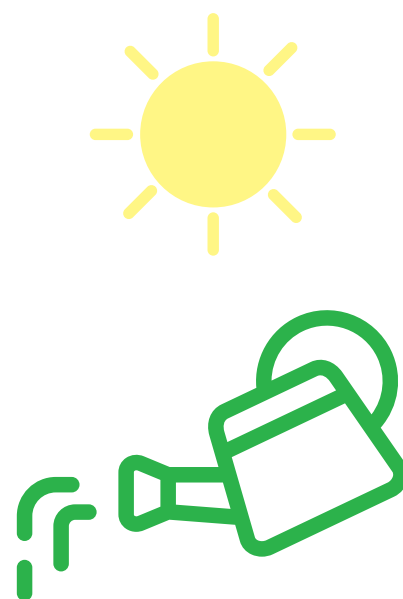
У психических расстройств имеются далеко идущие последствия. Психические расстройства не только причиняют людям страдания, но и в несоразмерно большой степени сказываются на маргинализированных или малоимущих лицах. К факторам риска заболеть психическим расстройством относятся неблагоприятные социально-экономические условия, такие как бедность, насилие и инвалидность. Многие люди, страдающие психическими расстройствами, также страдают от стигмы, дискриминации и нарушений прав человека.

Последствия психических расстройств выходят за рамки страданий и маргинализации людей и их семей. Существует также двусторонняя связь между социальными и экономическими условиями и психическим здоровьем и благополучием (8). Дальнейшие последствия включают потерю экономической производительности, поскольку люди, страдающие психическими расстройствами, с большей вероятностью покинут состав рабочей силы (из-за преждевременной смерти или инвалидности), пропустят рабочие дни (невыход на работу) или будут работать с пониженной производительностью (презентеизм). В свою очередь, социально-экономические условия и связанные с ними факторы неравенства и несправедливости оказывают сильное воздействие на охрану и укрепление психического здоровья и благополучия, причем некоторые лица испытывают большую степень уязвимости, чем другие. Например лица, потерявшие работу, занятые на нетипичной и/или нестабильной работе и занятые в нестабильных условиях, подвергаются повышенному риску ухудшения психического здоровья и благополучия. Когда психические расстройства сохраняются и остаются без лечения, а социальные и экономические условия ухудшаются, эта двусторонняя взаимосвязь может превратиться в негативно усиливающийся порочный круг повышенной уязвимости, который увеличивает нагрузку на и без того истощенные ресурсы системы здравоохранения, что негативно сказывается на других секторах.

Существуют научно обоснованные экономически эффективные мероприятия по профилактике психических расстройств и борьбе с ними. В ответ на просьбу семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2019 г. ВОЗ разработала перечень вариантов политики и эффективных с точки зрения затрат мероприятий в области охраны психического здоровья (9,10). Тем не менее принятие и расширение масштабов этих мероприятий на национальном уровне было ограниченным, особенно в СНСД. Реагирование на бремя психических расстройств осложняется в силу ряда факторов, в том числе финансовыми и ресурсными ограничениями, а также конкуренцией между существующими потребностями в ограниченных ресурсах.

Укрепление политики и увеличение инвестиций в охрану психического здоровья полезны как для общественного здравоохранения, так и для устойчивого развития. Инвестиции в научно обоснованные мероприятия в области охраны психического здоровья могут улучшить общее состояние здоровья и повысить качество жизни людей, а также увеличить ожидаемую продолжительность жизни. Кроме того, такие инвестиции будут способствовать достижению ряда целей в области устойчивого развития (ЦУР), включая задачу 3.4 (к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия; показатель 3.4.2 — коэффициент самоубийств), задачу 4 (образование), задачу 5 (гендерная проблематика),

Усиление политики государства в области психического здоровья, повышение заинтересованности и наращивание инвестиций в этой сфере являются основными целями общественного здравоохранения и устойчивого развития.



задачу 8 (занятость и экономический рост), задачу 10 (равенство), задачу 11 (безопасные города), задачу 16 (снижение уровня насилия) и задачу 17 (партнерство, создание потенциала и мобилизация внутренних ресурсов). Улучшение психического здоровья имеет решающее значение для концепции ЦУР о справедливом, инклюзивном и равноправном обществе. Это также соответствует видению Кыргызстана, закреплённому в Национальной стратегии развития (2018–2040 гг.), и глобальному обязательству «никого не оставить без внимания».

В настоящем докладе представлены аргументы в пользу инвестирования в охрану психического здоровья в Кыргызстане. Обоснование инвестиций призвано помочь странам сформулировать собственные экономические и политические доводы в пользу принятия мер в отношении психических расстройств с учетом затрат и выгод от расширения масштабов действий, а также издержек, связанных с их непринятием, на исходном уровне (2022 г.), через 10 (2032 г.) и 15 лет (2037 г.). Настоящий доклад содержит следующие разделы:

- в разделе 2 описывается положение с психическим здоровьем в Кыргызстане, а также текущие и планируемые меры реагирования со стороны правительства;
- в разделе 3 изложена методология, используемая в экономическом анализе;
- в разделе 4 представлены результаты анализа, описание экономического бремени психических расстройств и самоубийств, воздействие на здоровье, экономические выгоды и общие затраты; соотношение выгоды и затрат и ROI для каждого пакета мер;
- в разделе 5 делаются выводы на основе этих результатов и даются рекомендации к рассмотрению правительством Кыргызстана в целях укрепления и масштабирования экономически эффективных стратегий и клинических вмешательств, направленных на психические расстройства.





2. Анализ ситуации

Эпидемиологический обзор и анализ институционального контекста были проведены в дополнение к экономическому анализу и определению возможностей для действий, которые могут быть предприняты Кыргызстаном. Целью здесь было оценить политическое пространство, актуальное для принятия, осуществления и обеспечения соблюдения политики в области охраны психического здоровья, а также выявить наиболее перспективные возможные политические траектории для страны (например, области общего консенсуса, наличие «политического аппетита» или препятствия для принятия).

Анализ институционального контекста проводился группой по обоснованию инвестиций с января по июнь 2023 г. Выводы и рекомендации были основаны на кабинетном исследовании и интервью.

- **Кабинетное исследование было выполнено для характеристики эпидемиологического бремени болезней и национальных мер реагирования на сегодняшний день (например, меры политики и нормативные акты, финансирование, ресурсы, планы действий, программы и услуги, воздействие) и другой соответствующей информации о страновом контексте, социально-экономических характеристиках и актуальных исторических событиях.** Были проанализированы существующие правовые, политические и программные документы, проведен целевой обзор литературы и выполнен описательный анализ баз данных, находящихся в открытом доступе (например, GBD Exchange).
- **Интервью с ключевыми источниками информации (онлайн) и дискуссии в группах с различными заинтересованными сторонами были проведены с целью понимания различных субъектов, их интересов, потенциала оказывать влияние, а также институциональных и управленческих механизмов.** Эти консультации позволили получить представление об историческом наследии, социальных тенденциях, возможностях и вызовах, которые могут повлиять на успех мер по охране психического здоровья. В марте 2023 г. в рамках миссии Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций в стране состоялись обсуждения в группах, в которых приняли участие представители перечисленных ниже учреждений.
 - » Администрация Президента;
 - » Министерство здравоохранения;
 - » Министерство труда;
 - » Министерство образования и науки;
 - » Министерство экономики;
 - » Комитет по социальным вопросам и политике Жогорку Кенеша Кыргызстана;
 - » Страновое бюро ВОЗ;

- » Страновое отделение Программы развития Организации Объединенных Наций;
- » Ассоциация пациентов с онкологическими заболеваниями и диабетом;
- » Альянс женских законодательных инициатив Кыргызстана (Женский форум).

2.1 Специфика страны

Кыргызстан является не имеющей выхода к морю страной в Центральной Азии, классифицируемой Всемирным банком как СНСД. В стране проживает 6,74 млн человек, и на сегодняшний день она характеризуется значительными достижениями в области общественного здравоохранения и развития (таблица 1). К ним относятся достижение цели №4 тысячелетия в области развития и снижение младенческой и детской смертности на две трети по сравнению с 1990 г. (11). Кроме того, в то время как Кыргызстан занял 122е место (из 189 стран) по индексу человеческого развития (11), он оказался на 48м месте по достижению задач ЦУР, по данным за 2019 г. (12). Тем не менее страна сталкивается с рядом ограничений. К ним относятся текущие расходы на здравоохранение на душу населения в сумме 64 долл. США (один из самых низких показателей в Европейском регионе ВОЗ) (13), острая нехватка кадров здравоохранения, централизованное оказание услуг на базе стационаров, высокие расходы из собственных средств (ООР) (составляющие 45% текущих расходов на здравоохранение) и неравенство в доступности услуг по охране психического здоровья (таблицы 1 и 2).

Таблица 1. Статистика развития Кыргызстана

Категория	Показатель	Кыргызстан	Год, с которым проводится сравнение
Общее	Население (млн чел.) ^a	6,7	2021
Общее	ВВП (млрд долл. США в текущих ценах) ^a	8,5	2021
Общее	ВВП на душу населения (в текущих долл. США) ^a	1277	2021
Общее	Доступ к электричеству (%) ^a	100	2020
Общее	Люди, пользующиеся безопасными санитарными услугами (% насел.) ^a	92	2020
Общее	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) ^a	72	2018
Общее	Текущие расходы на здравоохранение, на душу населения ^b	64	2020
Общее	Расходы из собственных средств (% от текущих расходов на здравоохранение) ^b	45,92	2020

Источники: ^aВсемирный банк (14); ^b ВОЗ (15).

Таблица 2. Обзор мер реагирования системы охраны психического здоровья в Кыргызстане

Категория	Показатель	Кыргызстан	Год, с которым проводится сравнение
Управление	Есть политика или стратегия охраны психического здоровья	Да, интегрирована	2017
Управление	Имеется законодательство в области охраны психического здоровья	Да, интегрирована	2017
Ресурсы	Расходы на охрану психического здоровья (% от общих государственных расходов на здравоохранение)	0,10	2017
Ресурсы	Количество детских психиатров (на 100 000 населения)	0,2	2017
Ресурсы	Общая численность работников в области психического здоровья (на 100 000 населения)	11,0	2017
Услуги	Количество коек в психиатрических больницах (на 100 000 населения)	27,7	2017
Услуги	Количество коек в муниципальных учреждениях (на 100 000 населения)	1,6	2017
Услуги	Ежегодные визиты в больницу / муниципальное учреждение (на 100 000 населения)	6 138 / 347 424	2017
Информация	Доступность данных о психическом здоровье и отчетность	Отчетность в открытом доступе	2017

Источник: ВОЗ (16).

История Кыргызстана влияет на текущую ситуацию в области психического здоровья. В 1990-х гг. службы охраны психического здоровья в Кыргызстане, как и во многих странах бывшего Советского Союза, ослабли из-за сокращения финансирования (17). Возникший пробел в оказании услуг стал причиной роста использования специалистов в области народной медицины (17). Еще одним фактором этого является то, что вера в сверхъестественные причины психических заболеваний глубоко укоренилась в кыргызском населении, причем как в сельских, так и в городских районах (18). Официальное сотрудничество между современной медициной и лицами, практикующими народную медицину, имеет место нечасто (19), хотя важность этого сотрудничества признается и существует несколько примеров такого сотрудничества (20). Высокий уровень стигматизации, связанной с психическими расстройствами (17). В 2010 г. в Кыргызстане произошли межэтнические конфликты. Это привело к отъезду специалистов в области психического здоровья, перемещению 400 000 человек и распространению в стране депрессии, посттравматического стрессового расстройства, тревожности и высокого уровня самоубийств среди уязвимых групп, таких как дети и подростки (18).

2.2 Эпидемиология и бремя психических расстройств

В таблице 3 обобщено бремя психических расстройств в Кыргызстане. Репрезентативные данные на национальном уровне о бремени психических расстройств, за исключением вредного употребления алкоголя, ограничены. По оценкам исследования ГББ за 2019 г., психические расстройства затрагивали более одного из каждых 10 человек в Кыргызстане, и на них приходилось 5,2% лет жизни, скорректированных на инвалидность, от всех причин.

Коэффициент самоубийств составил 9,2 на 100 000 человек и более чем в четыре раза был выше среди мужчин, чем среди женщин.

Депрессия (большие депрессивные расстройства), расстройства, вызванные употреблением алкоголя, и тревожные расстройства были наиболее распространенными психическими расстройствами. Депрессия затронула 3,3% общей численности населения (всех возрастов). Женщины были немного (на 50%) в большей степени затронуты депрессией, чем мужчины. Уровень депрессии, как правило, был немного выше у взрослых в возрасте от 15 до 69 лет по сравнению с пожилыми людьми (70 лет и старше).

Тревожные состояния затронули 2,1% населения, причем тенденция аналогична: женщины оказываются затронуты чаще, чем мужчины.

Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, которые часто сопутствуют депрессии и/или тревожным расстройствам, затронули 3,1% взрослых. Мужчины почти в четыре раза чаще страдали от расстройств, вызванных употреблением алкоголя, чем женщины.

Распространенность эпилепсии составляет 0,4%, причем она несколько выше среди детей (до 15 лет) и пожилых людей (старше 70 лет). В то время как распространенность эпилепсии являлась относительно низкой, ее влияние на ГЖКИ было непропорционально высоким, отражая преждевременную смерть и годы жизни, прожитые с инвалидностью, связанные с этим заболеванием.

Таблица 3. Бремя психических расстройств в Кыргызстане, оценки в ГББ за 2019 г.

Заболевание	Мужчины (%)	Женщины (%)	Оба пола (Число (%))	ГЖКИ (%)
Психические расстройства	11,1	10,9	674 504 (11,0)	5,23
Депрессивные расстройства	2,6	4,0	202 782 (3,3)	2,09
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	5,0	1,3	190 105 (3,1)	2,16
Тревожные расстройства	1,6	2,6	130 177 (2,1)	0,76
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	1,8	0,7	73 201 (1,2)	0,05
Биполярное расстройство	0,5	0,6	32 819 (0,5)	0,43
Идиопатическая эпилепсия	0,5	0,4	26 643 (0,4)	1,19
Расстройства аутистического спектра	0,6	0,2	25 055 (0,4)	0,23
Шизофрения	0,3	0,3	16 651 (0,3)	0,66
Коэффициент самоубийств (смертей, на 100 000 населения)	14,9	3,6	9,2 (–)	–

Источник: Институт показателей и оценки здоровья (21).

Следует отметить, что проведенное в 2013 г. национальное эпиднадзорное обследование факторов риска НИЗ с использованием подхода STEPS показало, что распространенность вредного употребления алкоголя среди лиц в возрасте от 14 до 64 лет составляет 31,4% (22-24). В документе за 2008 г., в котором сообщалось о результатах национальных обследований, проведенных в восьми странах бывшего Советского Союза, включая Кыргызстан, были указаны столь же высокие уровни эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди мужчин (23%) и гораздо более низкие уровни среди женщин (2%) (25).

Несмотря на глобальные данные о растущем бремени синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и расстройств аутистического спектра, данных о распространенности и общих исследований этих заболеваний особенно мало в Центральной Азии (26). По оценкам, приведенным в ГББ, распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в 2019 г. составила (1,2%), что выше, чем распространенность биполярного расстройства и шизофрении в совокупности.

По официальным данным Национального центра психического здоровья, в 2022 г. на 100 000 населения было 48,1 новых зарегистрированных случаев психических расстройств. В 2021 г. в Центре прошли лечение 3 182 пациента с психическими расстройствами. Диагнозы в порядке убывания были следующими: эмоциональные расстройства, включая легкие депрессивные расстройства (21%), шизофрения и шизоаффективные расстройства (18%), тревожные и травматические стрессовые расстройства (17%) (27). Среди госпитализированных высокая доля (33%) была помещена в стационар с психической неполноценностью и нарушениями нервно-психического развития (27).

В Кыргызстане насчитывается 212 352 человека с инвалидностью, в том числе более 37 000 детей в возрасте до 18 лет. Существует большая потребность в дополнительных медицинских и вспомогательных услугах для реабилитации, особенно для детей-инвалидов, а также детей с нарушениями нервно-психического развития и психическими расстройствами. Поэтому рекомендуется в полном объеме обеспечить медицинские учреждения для реабилитации детей-инвалидов, в том числе детей с психическими заболеваниями.

Бремя психических расстройств в Кыргызстане аналогично бремени, наблюдающемуся в других странах Центральной Азии. По сравнению с СНСД в целом, бремя расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Кыргызстане выше. Кроме того, бремя психических расстройств в Кыргызстане с течением временем растет, при этом увеличивается разрыв в потребностях в услугах и их оказании (таблица 4).

Таблица 4. Распространенность психических расстройств в Кыргызстане по сравнению со странами региона и мира, 2019 г.

Заболевание	Распространенность (%)				
	Кыргызстан	Армения	Таджикистан	СНСД	Весь мир
Психические расстройства	11,0	11,9	10,7	12,7	13,0
Депрессивные расстройства	3,3	3,7	2,6	3,5	3,8
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	3,1	2,4	2,4	1,0	1,5
Тревожные расстройства	2,1	3,6	2,4	3,4	4,1
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	1,2	0,9	1,3	0,8	1,1
Биполярное расстройство	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5
Идиопатическая эпилепсия	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3
Расстройства аутистического спектра	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Шизофрения	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Источник: Институт показателей и оценки здоровья (21).

2.3 Законодательство и меры политики в области охраны психического здоровья

Принятый в 1999 г. закон Кыргызстана «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является на сегодняшний день единственным нормативно-правовым документом, определяющим ключевые аспекты охраны психического здоровья в стране (27). В 2017 г. в него были внесены поправки, однако ключевые положения закона остаются неизменными (27). Несмотря на то, что в этом законе большое внимание уделяется

правам человека получателей услуг, в нем отсутствуют процессуальные гарантии того, как люди могут использовать свои права, а его применение со стороны Министерства здравоохранения к реформе здравоохранения ограничено (26).

В ходе трех реформ общественного здравоохранения в Кыргызстане — «Манас» (1996–2005 гг.), «Манас таалими» (2006–2010 гг.) и «Ден соолук» (2012–2018 гг.) — не уделялось первоочередного внимания потребностям пациентов с психическими расстройствами (28). Национальная программа под названием «Психическое здоровье населения Кыргызстана на 2001–2010 гг.» была одной из первых попыток перевода помощи из учреждений в общины путем обучения специалистов ПМСП выявлению и лечению психических заболеваний. Однако эта программа была приостановлена из-за недостаточного финансирования, что способствовало дальнейшему недофинансированию и снижению качества услуг (18).

Изменения в политике и стратегии в области охраны психического здоровья произошли в 2018 г., когда киргизское правительство представило три стратегических документа, которые в совокупности сформулировали основы политики и оперативный план по улучшению состояния здоровья и благополучия в Кыргызстане и достижению устойчивого развития. Вот эти документы:

- Национальная стратегия развития на 2018–2040 гг.;
- Программа развития Кыргызстана на период 2018–2022 гг. «Единство. Доверие. Созидание» и;
- Программа Правительства Кыргызстана по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 гг. «Здоровый человек — процветающая страна» («Здоровье 2030»).

В том же году был принят документ непосредственно по психическому здоровью: Программа Правительства Кыргызстана по охране психического здоровья населения на 2018–2030 гг. В этом программном документе подчеркивалась важность «предоставления квалифицированной, комплексной, интегрированной и оперативной психиатрической и социальной помощи на уровне общин в соответствии с научно обоснованными подходами» (27). Программа также была направлена на решение проблем, связанных с острой нехваткой кадров в стране, и поощрение финансирования реформ в области охраны психического здоровья. Утвержден программный план осуществления на 2018–2022 гг. Однако осуществить программу оказалась трудно. К числу проблем относятся недостаточная финансовая поддержка со стороны правительства, продолжающийся отъезд хорошо подготовленных специалистов в другие страны и ограниченное сотрудничество между министерствами (27).

Наконец был принят ряд мер по сокращению вредного употребления алкоголя. В их числе: повышение налогов на алкоголь для отечественной продукции, ограничения на рекламу алкогольных напитков, запрет на продажу алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, парках, на городских площадях, детских площадках,

образовательных, медицинских, спортивных и культурных учреждениях и организациях, а также принятие более строгого законодательства об уровне алкоголя в крови (максимум 0,3 г/л) при вождении (11).

2.4 Ресурсы по психическому здоровью

Хроническое недофинансирование часто упоминается в качестве одного из ключевых барьеров. В настоящее время бюджет здравоохранения Кыргызстана составляет 0,24 млрд долл. США, т. е. 3,4% ВВП. Бюджет на охрану психического здоровья (за исключением рецептурных препаратов) составляет 0,1% от общих государственных расходов на здравоохранение. Со временем доля расходов на охрану психического здоровья в общем бюджете здравоохранения значительно сократилась (29). Учрежден Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который функционирует как единая система по оплате медицинских услуг, объединяющая государственные средства на национальном уровне для закупки стандартизированного комплекса услуг у организаций здравоохранения (которые в основном являются государственными) (13,30,31). Текущие расходы на здравоохранение на душу населения являются одними из самых низких в Европейском регионе ВОЗ, а расходы из собственных средств составляют 45% от текущих расходов на здравоохранение (13). Финансовая защита со стороны ФОМС и предоставляемые ФОМС льготы ограничены недостаточным внесением обязательных взносов на медицинское страхование (налог на заработную плату). Это приводит к нехватке финансирования и означает, что 26% населения, состоящих из относительно уязвимых групп населения, не могут воспользоваться более низкими доплатами за стационарное лечение или доступом к субсидируемым и покрываемым системой амбулаторным лекарствам. Предоставление исключений по результатам проверки нуждаемости (непосредственно целевым образом для малоимущих) пока не выполнено и требует совместного подхода с Министерством труда и социального развития (30,31).

Система охраны психического здоровья испытывает острую нехватку кадров: общая численность работников в области охраны психического здоровья составляет 11,0 человека на 100 000 населения, а детских психиатров — 0,2 человека на 100 000 населения. Ощущается нехватка таких специалистов, как психиатры, психологи и специалисты по нарушению речи. Немногочисленные психиатры сосредоточены в городских районах (27,28). Низкая заработная плата способствует текучести кадров, что еще больше усугубляет нехватку рабочей силы. В документе, опубликованном в 2022 г., сообщалось, что среднемесячная заработная плата психиатра, психолога и психиатрической медсестры (с опытом работы по специальности 4–10 лет) составила 130,18 долл. США, 153,85 долл. США и 142,01 долл. США соответственно (29). Из-за высокой стигматизации и плохих условий труда изучение психиатрии среди студентов-медиков непопулярно (32). С начала 2000-ых гг. число начинающих психиатров стабильно сокращалось, и в настоящее время средний возраст психиатров составляет 50–55 лет (предпенсионный возраст) (27).

ВОЗ опубликовала научно обоснованные рекомендации и инструменты для расширения масштабов оказания помощи при нарушениях психического здоровья и расстройствах,

вызванных употреблением психоактивных веществ, тем самым сокращая разрыв между потребностью в услугах по охране психического здоровья и их оказанием. Недавнее внедрение в Кыргызстане Руководства ВОЗ по вмешательству для mhGAP (33) отражает мотивацию страны к укреплению системы охраны психического здоровья. В публикации от 2021 г. сообщалось об успешном использовании Руководства ВОЗ по вмешательству для mhGAP-IG в рамках многострановых (включая Кыргызстан) усилий по выполнению, которые включали обучение студентов медицинских и смежных здравоохранительных специальностей на уровне бакалавриата и магистратуры (34). Учебные программы охватывали деменцию, эпилепсию, расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также психические и поведенческие расстройства у детей и подростков. Обучение и подготовка в Кыргызстане были хорошо приняты, и были достигнуты целевые показатели оценки (с использованием опросов для предоставления обратной связи, методологий до и после тестирования, а также до и после клинического аудита медицинских карт для оценки). Необходима дальнейшая работа по расширению масштабов такого обучения и определению того, привело ли обучение к устранению пробела между потребностью в услугах и объемом, в котором они оказываются (34). Кроме того, необходима национальная система лицензирования психологов (28). Консультации с заинтересованными сторонами подтвердили как потребность, так и заинтересованность семейных врачей в обучении ведению пациентов с психическими расстройствами и работе с электронными картами психического здоровья.

Следующие данные по заработной плате были предоставлены местными кыргызскими сотрудничающими лицами и структурами и взяты из Обзора системы здравоохранения Кыргызстана за 2022 г. (13): средняя заработная плата психиатра (и профессий с эквивалентным уровнем заработной платы) составила 26 000 сомов в месяц или 312 000 сомов в год; средняя заработная плата медсестры (и профессий с эквивалентным уровнем заработной платы) составила 18 000 сомов в месяц или 216 000 сомов (2568 долл. США) в год; а средняя заработная плата других медицинских работников (и профессий с эквивалентным уровнем заработной платы) составила 7155 сомов в месяц или 85 860 сомов в год.

2.5 Услуги в области охраны психического здоровья

Охват лечением неравномерен и варьируется в зависимости от заболевания, особенно слабый охват отмечается в сельских районах (13). Например подсчитано, что 62% людей с шизофренией лечатся в то время, как лишь 8% лиц с эпилепсией получают лечение, еще ниже цифры для людей, получающих лечение от тревожных состояний и больших депрессивных расстройств. Охват метадоновой терапией лиц, употребляющих опиоидные наркотики, низок и составляет 4,4% (35). Более подробные оценки охвата приведены в следующем разделе.

Помимо охвата, качество услуг по охране психического здоровья ограничено в некоторых районах нехваткой персонала и хроническим недофинансированием (36). Есть также

доклады, опубликованные омбудсменами и организациями гражданского общества о нарушениях прав человека в психиатрических больницах (37).¹

Психиатрическое лечение по-прежнему сосредоточено в больницах (14). Это согласуется с практикой оказания медицинской помощи на базе больниц, наблюдаемой в системе здравоохранения в целом и в регионе, и частично объясняется влиянием модели Семашко с ее высокоцентрализованной инфраструктурой здравоохранения, сохранившейся в странах бывшего Советского Союза (38). Ограниченное государственное финансирование в первую очередь поддерживает психиатрические больницы и предоставление недорогих лекарств, прописываемых по старомодной схеме лечения (лекарства, с которыми также связаны более серьезные побочные эффекты) (18). Перекрестный обзор расходов на охрану психического здоровья в странах Евразии показал, что на стационарную помощь уходит 86% бюджета здравоохранения Кыргызстана (29).

В последние годы были успешно опробованы 12 многопрофильных служб охраны психического здоровья на уровне общин (29,38). Они, как правило, финансируются международными донорскими организациями (18) и/или предоставляются такими НПО, как Фонд Сороса в Кыргызстане, Инициатива по охране психического здоровья Института «Открытое общество» и Европейское отделение «Каритас». Были созданы многопрофильные бригадные службы на базе общин, где каждая бригада (состоящая из психиатра, психолога, работника по уходу на дому и медсестры/медбрата) наблюдает за пациентами и ведет их посредством посещений на дому, а также проводит обучение членов семьи/лиц, осуществляющих уход. Такой подход привел к уменьшению числа госпитализаций, сокращению времени госпитализации и снижению затрат, связанных с лечением (11,39), а также к улучшению симптомов и качества жизни (36). В одном из докладов экономического анализа, подготовленном Институтом социального развития, отмечается, что стоимость лечения психических расстройств в центрах ПМСП намного ниже, чем на вторичном и третичном уровнях. На уровне ПМСП средние расходы на одного пациента составили 949,71 сома, по сравнению с 6659,62 сома на вторичном уровне и 40 180,74 сома на третичном уровне (39).

1 «Права лиц, находящихся в Республиканской психиатрической больнице». Доклад омбудсмена Кыргызстана, 2017 г., на русском языке.

Другими примерами оказания помощи на уровне общин являются амбулаторные реабилитационные программы, реализуемые через НПО «Семья и общество», а также услуги по оказанию помощи детям с аутизмом и их семьям, предоставляемые НПО «Рука об руку» (36,40). Это примеры общинных инициатив, которые дали положительные результаты. Однако эти усилия осложняются нехваткой финансирования и ограниченным объемом сотрудничества между министерствами (38). По-прежнему необходимо масштабировать усилия, в частности, по устранению пробелов в обслуживании детей и пожилых людей; увеличивать государственное финансирование, которое является более устойчивым, и систематически переходить от преимущественно специализированной модели оказания медицинской помощи на базе учреждений к неспециализированным медицинским работникам и услугам на уровне общин, таким как SEL в школах. Это может способствовать расширению доступа, справедливого охвата мероприятиями и более эффективному реагированию на психосоциальные аспекты профилактики и лечения психических расстройств.

Встречаемость депрессии, тревожных расстройств и суицида значительно возрастает в подростковом возрасте. Кроме того, дети и подростки проводят в школе больше времени, чем в любой иной формальной институциональной структуре (41). Научно обоснованные мероприятия по SEL в школах имеют как этическое, так и научное обоснование: интегрирование служб охраны психического здоровья и школьного образования демократизирует доступ к услугам и может помочь способствовать здоровому развитию детей и молодежи (41).

2.6 Информация о психическом здоровье

За исключением показателей, связанных с наркоманией, в статистике, имеющейся в Национальном статистическом управлении Кыргызстана (42), отсутствуют показатели психического здоровья. Репрезентативные статистические данные о распространенности психических расстройств на национальном уровне по разным причинам остаются ограниченными. Пациенты, обращающиеся за помощью в частные психологические центры, не регистрируются в национальной статистической системе (27). Проблемы, связанные со стигматизацией, могут мешать затронутым лицам или членам их семей сообщать о психических расстройствах, как, например, в случае употребления психоактивных веществ, психотического расстройства или самоубийства. Пациентов с деменцией с большей вероятностью будут держать дома, поскольку культурные традиции не поощряют практику привода пожилых родственников к психиатру и многие, особенно в сельской местности, не считают, что человек страдает психическим расстройством, если «он/она может нормально говорить» (27). Вполне вероятно, что текущие цифры отражают занижение данных при подаче информации в системы регистрации, а также недооценку распространенности психических расстройств.



Фото: © World Bank via Flickr



3. Методология

3.1 Оценка экономических последствий психических расстройств

Была разработана модель для оценки текущего экономического бремени, связанного как с прямыми, так и с косвенными издержками шести психических расстройств и самоубийств в Кыргызстане. Данные о населении в разбивке по возрасту и полу за период 2022–2037 гг. получены от Национального статистического комитета Кыргызстана и из исследования «Мировые демографические перспективы» Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций. Инструмент OneHealth (вставка 1) был использован для моделирования показателей распространенности и смертности в разбивке по возрасту и полу для депрессии, тревожных расстройств, психоза, биполярного расстройства, эпилепсии и расстройства, вызванного употреблением алкоголя. Модель позволила оценить прогнозируемую распространенность и смертность для каждого из заболеваний в период с 2022 по 2037 г. при условии неизменности текущих показателей.² Эти прогнозы были обобщены как общее число в отношении распространенности и смертности среди всего населения и населения трудоспособного возраста (в возрасте 15–64 лет).

Вставка 1. Инструмент OneHealth и его модуль психического здоровья

Инструмент OneHealth — это программное обеспечение, предназначенное для национального стратегического планирования в сфере здравоохранения в странах с низким или средним уровнем дохода. Разработка этого инструмента курируется группой, состоящей из экспертов учреждений Организации Объединенных Наций и учреждений развития (43).

Модуль по охране психического здоровья был разработан как часть инструмента для оценки затрат и воздействия на здоровье услуг и вмешательств в области охраны психического здоровья на популяционном уровне. Модуль позволяет оценить число людей в стране, страдающих психическими расстройствами, и увязать эпидемиологию психических расстройств с национальными таблицами продолжительности жизни на предмет оценки числа предотвращенных случаев заболевания и здоровых лет жизни, приобретаемых с течением времени на популяционном уровне.

Прямое и косвенное экономическое бремя психических расстройств и самоубийств в Кыргызстане оценивалось с использованием следующего подхода.

² Модель оценивала рост распространенности и смертности только за счет роста населения, но не за счет роста показателей заболеваемости.

Прямое экономическое бремя психических расстройств и самоубийств в Кыргызстане включает в себя все расходы на здравоохранение, связанные с лечением и уходом за людьми с психическими расстройствами. Оценка суммарных расходов на охрану психического здоровья была получена с использованием данных, полученных от местных экспертов (в пересчете на цены 2022 г.). Эта оценка включала в себя все расходы Правительства на охрану психического здоровья; но не учитывала расходы компаний, домашних хозяйств, местных некоммерческих организаций и международных спонсоров. Расходы, не связанные со здравоохранением, такие как транспорт, время ожидания и неформальный уход, также исключались.

Косвенное экономическое бремя психических расстройств и самоубийств в Кыргызстане в количественных терминах выражает потерю производительности в результате неполноценного психического здоровья. Снижение производительности может быть результатом: i) вынужденного отсутствия на работе, когда люди берут больничные из-за психического расстройства; ii) презентеизма, когда люди работают с пониженной производительностью труда из-за психического расстройства; и iii) преждевременной смерти, куда включается потеря производительности в результате избыточной смертности среди людей с психическими расстройствами. Шаги, связанные с оценкой косвенного экономического бремени, приведены ниже.



Фото: © UNDP

1

ОЦЕНКА ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЗАНЯТОЙ РАБОЧЕЙ СИЛЫ

Годовая ценность (с точки зрения объема производства) каждого трудящегося, занятого полное рабочее время в Кыргызстане, была рассчитана на основе ВВП на каждого занятого, определяемого как ВВП страны (919,4 млрд сомов в 2022 г.), поделенный на общую численность занятой рабочей силы. Для определения общей численности занятой рабочей силы использовались местные данные об общей численности рабочей силы в возрасте 15 лет и старше, уровне безработицы и уровне участия в составе рабочей силы.

2

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА

Были получены данные для количественной оценки снижения производительности кадров в связи с каждым из психических расстройств. Как и в предыдущем глобальном исследовании окупаемости инвестиций (44), показатели из всемирных обследований психического здоровья использовались для описания: i) сокращения участия в составе рабочей силы в связи с каждым из шести нарушений психического здоровья; ii) сокращения рабочего времени в пересчете на полную занятость из-за отсутствия на работе по причинам, вызванным психическим здоровьем; и iii) снижения производительности из-за презентеизма, связанного с психическим здоровьем.

3

ЗАНЯТЫЕ В ЭКОНОМИКЕ ЛЮДИ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Численность кыргызских трудящихся с психическими расстройствами в 2022 г. была оценена с поправкой на участие в составе рабочей силы, безработицу и смертность. При этом учитывалось общее число людей в возрасте от 15–64 лет с психическими расстройствами; затем были вычтены те, кто не участвовал в рабочей силе (например, все еще учился), был безработным, не мог участвовать в рабочей силе из-за своего нарушения психического здоровья или их уже не было в живых.

4

РАСЧЕТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА

Экономические потери, связанные с вынужденным отсутствием на работе, презентеизмом и преждевременной смертью среди трудящихся с психическими расстройствами, были окончательно рассчитаны следующим образом: снижение производительности, выраженное в количественных терминах для каждого из нарушений психического здоровья, применялось к общему числу кыргызских работников, страдающих психическими расстройствами; затем результат умножался на ВВП из расчета на одного занятого. Этот расчет позволил подсчитать общее косвенное экономическое бремя, создаваемое психическими расстройствами в Кыргызстане.

3.2 Расчет затрат и воздействия на здоровье масштабирования комплексов клинических вмешательств и комплексов мер на уровне населения

В рамках экономического анализа были рассмотрены две широкие категории вмешательств: клинические вмешательства и меры на уровне всего населения.

Клинические вмешательства состоят из ряда научно обоснованных пакетов вмешательств (наборов соответствующих вмешательств) для выявления и лечения психических заболеваний. Эти комплексы вмешательств были взяты из Руководства ВОЗ по вмешательству для mhGAP (33). Клинические вмешательства, содержащиеся в Руководстве, могут быть разделены на базовую психосоциальную поддержку, куда входят психообразование, методика снижения стресса, социальная поддержка и содействие функционированию в повседневной деятельности и в рамках жизни общины, а также психологическое лечение, которое включает в себя научно обоснованные, структурированные психологические методы лечения, такие как когнитивно-поведенческая терапия или интерперсональная терапия.

Популяционные мероприятия направлены на предотвращение возникновения психических расстройств и/или смерти в результате самоубийства за счет охвата населения в целом. Это включает в себя программы SEL, направленные на повышение психологической стойкости школьников-подростков и, в свою очередь, снижение риска возникновения проблем с психическим здоровьем в более позднем возрасте.

Инструмент OneHealth был использован для оценки затрат, возникающих в связи с рядом клинических вмешательств для каждого из шести нарушений психического здоровья (депрессия, тревожность, психоз, биполярное расстройство, эпилепсия и расстройства, вызванные употреблением алкоголя). Специально разработанная модель в программе Excel® была использована для оценки затрат, связанных с вмешательствами в области психического здоровья на уровне населения в целом (всеобщее предоставление доступа к программам SEL подросткам в школах для предотвращения депрессии, тревожности и самоубийств). Каждое вмешательство, смоделированное с помощью инструмента OneHealth и специально разработанной модели в программе Excel®, содержало допущения, сделанные экспертами ВОЗ относительно количества ресурсных статей, необходимого для осуществления и обеспечения соблюдения на национальном уровне. В соответствии с методологическим руководством по обоснованию инвестиций в области психического здоровья (45-47) основными категориями затрат ресурсов были:

- **стационарное лечение:** люди с психическими расстройствами, нуждающиеся в госпитализации (например, 5% случаев людей с депрессией средней и тяжелой степени, госпитализация в среднем занимает 14 дней);

- **амбулаторная помощь и ПМСП:** большинству людей требуются регулярные амбулаторные посещения (от четырех посещений для пациента в год для базовой психосоциальной поддержки или фармакологического лечения до ежемесячных посещений или посещений с периодичностью раз в два месяца для пациентов с заболеваниями средней и тяжелой степени, получающих психологическое лечение);
- **лекарства:** основные психотропные препараты включают антипсихотические средства, антидепрессанты и противоэпилептические средства; и
- **расходы на осуществление программы и совместно используемые ресурсы системы здравоохранения:** включают общее руководство и управление программой, обучение и надзор.

Удельные затраты по каждой ресурсной позиции были получены из местных источников, таких как Обзор системы здравоохранения Кыргызстана за 2022 г. (13), информация, предоставленная кыргызскими экспертами, и база данных WHO-CHOICE (48,49). Предполагалось, что вмешательства будут осуществляться в рамках сочетания психиатрической помощи, предоставляемой на уровне общин и медицинских учреждений. Для оценки воздействия этих мероприятий на здоровье в инструменте OneHealth была использована популяционная модель для расчета количества здоровых лет жизни, проживаемых населением при текущем и целевом уровнях охвата (см. таблицу 1). Годы здоровой жизни включают как предполагаемые изменения в ожидаемой продолжительности жизни (в результате снижения коэффициента летальности из-за уменьшения количества людей с депрессией), так и нефатальные исходы для здоровья (такие как снижение встречаемости или продолжительности депрессивных эпизодов после лечения). Величины эффектов по умолчанию для смоделированных вмешательств были взяты из программы работы ВОЗ по повышению эффективности затрат и обобщены в таблице 5.

Таблица 5. Вмешательства, рассматриваемые для пакета по инвестициям в области психического здоровья

Вмешательство	Базовый охват (2022 г.) (%)	Целевой охват (2037 г.) (%)	Оценка воздействия на здоровье и ссылки на источники для лечения/ модели
Тревожные расстройства (условия оказания услуг: ПМСП)			
Базовая психосоциальная поддержка при легком течении заболевания	5	20	Улучшение функционирования / уровень инвалидности (7–12%) и доля пациентов с ремиссией (36–42%) среди людей с тревожным расстройством в возрасте ≥ 15 лет после поправки на несоблюдение (30–40%) (44)
Базовая психосоциальная поддержка плюс антидепрессанты в случаях среднего и тяжелого протекания заболевания	20	40	
Психологическое лечение плюс антидепрессанты в случаях среднего и тяжелого протекания заболевания	10	30	
Депрессия (условия оказания услуг: ПМСП)			
Базовая психосоциальная поддержка при легком течении заболевания	5	20	Улучшение функционирования / уровень инвалидности (4–9%) и доля пациентов с ремиссией (15–25%) среди людей в возрасте ≥ 15 лет с депрессией с поправкой на несоблюдение режима лечения (30–40%) (44, 50)
Базовая психосоциальная поддержка плюс антидепрессанты в случаях первого эпизода при средне-тяжелой форме заболевания	5	25	
Психологическое лечение плюс прием антидепрессантов в случаях первых эпизодов при средне-тяжелой форме заболевания	5	25	
Психологическое лечение в сочетании с антидепрессантами при рецидивирующих случаях средне-тяжелой формы заболевания, эпизодически	25	70	Как указано выше, плюс снижение встречаемости рецидивирующих эпизодов (28%) после поправки на несоблюдение (30%)
Психологическое лечение в сочетании с антидепрессантами в рецидивирующих случаях средне-тяжелой формы заболевания в качестве поддерживающей терапии	5	25	
Психоз (условия оказания услуг: вторичная медико-санитарная помощь)			
Базовая психосоциальная поддержка плюс антипсихотические препараты	45	55	Улучшение функционирования / уровень инвалидности (21–35%) среди людей в возрасте ≥ 15 лет с психозом после поправки на несоблюдение (30–35%) (51)
Психологическое лечение плюс антипсихотические препараты	15	25	

Таблица 5. продолжение.

Вмешательство	Базовый охват (2022 г.) (%)	Целевой охват (2037 г.) (%)	Оценка воздействия на здоровье и ссылки на источники для лечения/ модели
Биполярное расстройство (условия оказания услуг: вторичная медико-санитарная помощь)			
Базовая психосоциальная поддержка плюс лекарства, стабилизирующие настроение	40	47	Улучшение функционирования / уровень инвалидности (22–29%) среди людей в возрасте ≥ 15 лет с биполярным расстройством после поправки на несоблюдение (28–35%) (52)
Психологическое лечение в сочетании со стабилизирующими настроение препаратами	20	23	
Эпилепсия (условия оказания услуг: ПМСП)			
Базовая психосоциальная поддержка плюс противосудорожные препараты	50	70	Улучшение функционирования / уровень инвалидности (47%) и доли больных с ремиссией (60%) среди людей в возрасте ≥ 1 года с эпилепсией, после поправки на несоблюдение (30%) (53)
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя (условия оказания услуг: ПМСП и вторичная медико-санитарная помощь)			
Выявление и оценка новых случаев расстройства, вызванного употреблением алкоголя	5	30	Повышение доли выходящих в ремиссию (10–15%) среди людей в возрасте ≥ 15 лет с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, после поправки на несоблюдение (50%) (54,55)
Краткие вмешательства и последующее наблюдение за пациентами с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя	5	20	
Лечение алкогольной абстиненции	5	20	
Мероприятия по охране психического здоровья на уровне населения			
Всеобщие мероприятия SEL на базе школ для профилактики депрессии/тревожности и суицида среди подростков в возрасте 12–17 лет	5	100	Снижение встречаемости депрессии и тревожности (16%) и снижение смертности от суицида (6%) среди подростков, посещающих школу (56)

Всеобщие меры SEL на базе школ описаны во вставке 2.

Вставка 2. Мероприятия SEL в школах

Случаи депрессии и суицида быстро возрастают в подростковом возрасте (10–19 лет). Профилактика депрессии и суицида на этих критических этапах развития может привести к значительному улучшению состояния здоровья в течение жизни человека. Мероприятия SEL на базе школ по предотвращению депрессии и/или суицида, как правило, предусматривают участие специально подготовленного координатора (например, преподавателя, медицинского работника или непрофессионального работника), который проводит серию модулей для обучения психотерапевтическим стратегиям улучшения общего благополучия и/или снижения риска ухудшения показателей психического здоровья. Были опубликованы данные о том, что школьные мероприятия SEL, ориентированные на подростков, эффективны в снижении встречаемости депрессии и/или самоубийств. Школы все чаще рассматриваются в качестве важной платформы для проведения профилактических мероприятий по охране психического здоровья среди молодежи (41,60). Школьные психологические вмешательства, как правило, проводятся повсеместно для всех учащихся, независимо от их основного профиля риска.

3.3 Анализ ROI

ВОЗ разработала модель Excel® для выполнения анализа ROI. С помощью этой модели можно оценить экономические выгоды, получаемые в результате инвестирования в ряд экономически эффективных мероприятий в области охраны психического здоровья, ранее определенных ВОЗ. Перечень предусматриваемых клинических и популяционных вмешательств представлен в таблице 1. Мера по запрету пестицидов была исключена на основании отзывов по механизму обратной связи о том, что пестициды не являются одной из основных причин самоубийств в Кыргызстане. Кроме того, пакет мер по лечению расстройств, вызванных употреблением алкоголя, исключает вмешательство, включающее препарат для профилактики рецидивов при употреблении алкоголя / зависимости от алкоголя, учитывая, что это вмешательство является непомерно дорогим, поскольку предусматривает использование препарата с высокой ценой за единицу продукции, налтрексона. Были выполнены оценки того, как именно каждое из вмешательств в области психического здоровья повысит производительность на национальном уровне, измеряемую через призму ВВП. Для всех вмешательств (за исключением вмешательств по поводу психоза, биполярного расстройства и эпилепсии) восстановленная производительность труда оценивалась с использованием прямого метода, при котором явно рассчитывалось повышение производительности, относимое на: i) увеличение участия в составе рабочей силы за счет предотвращенной смертности и болезней; ii) сокращение отсутствия на работе; и iii) сокращение презентеизма. Вмененный метод был использован для косвенной количественной оценки прироста производительности в результате вмешательств при психозе, биполярном расстройстве и эпилепсии. Этот альтернативный метод был необходим из-за ограниченности данных, которая препятствовала применению прямого метода к этим трем заболеваниям.

В соответствии с прямым методом оценки восстановленной производительности экономическая ценность увеличения здоровой рабочей силы за счет предотвращения смертности рассчитывалась следующим образом: бралось общее число предотвращенных случаев смерти; это число корректировалось для учета тех, кто участвовали в составе рабочей силы и в настоящее время были трудоустроены; затем это умножалось на чистую приведенную стоимость упущенного ВВП на душу населения в течение временного горизонта модели длительностью в 15 лет. Экономическая ценность увеличения численности здоровой рабочей силы за счет предотвращенных случаев заболевания рассчитывалась следующим образом: бралось общее число предотвращенных диагностированных случаев заболевания и применялись те же поправки, связанные с занятостью, что и выше; затем это умножалось на годовой показатель ВВП из расчета на одного занятого; а затем результат умножался на 5 для отражения роста участия в составе рабочей силы среди людей с психическими расстройствами, получающих лечение. Цифра 5 величины увеличения участия в составе рабочей силы была основана на результатах предыдущего глобального исследования ROI, указывающего на фактор восстановления производительности в объеме 5 после получения психиатрической помощи (44). Аналогичным образом была оценена экономическая ценность сокращения вынужденного отсутствия на работе и презентеизма. В данном случае, однако, умножение на 5 представляло собой снижение вынужденного отсутствия на работе и презентеизма среди людей с психическими расстройствами, которые получали лечение, согласно извлеченному из предыдущего глобального исследования ROI (44).

Прирост производительности в результате каждого вмешательства в области психического здоровья (за исключением вмешательств при психозе, биполярном расстройстве и эпилепсии) был рассчитан по прямому методу как сумма прироста производительности, связанного с увеличением участия в составе рабочей силы (за счет предотвращенной смертности и болезней) и снижения вынужденного отсутствия на работе и презентеизма. В случае всеобщих мероприятий SEL на базе школ, направленных на подростков, только рост производительности за счет увеличения участия в составе рабочей силы мог оцениваться как повышение производительности, поскольку сокращение отсутствия на работе и презентеизма не оценивалось применительно к мероприятиям на базе школ, поскольку оно неактуально для людей нетрудоспособного возраста. Более того, в настоящее время не существует устоявшегося метода определения того, как воздействие на уровень полученного образования в подростковом возрасте (которое может быть улучшено за счет профилактики психических заболеваний) транслируется в более высокий потенциальный заработок дальше в жизни.

Альтернативный метод, вмененный метод, был использован для оценки восстановления производительности в результате лечения психоза, биполярного расстройства и эпилепсии, поскольку прямой метод не мог быть применен из-за отсутствия данных о конечных результатах участия в составе рабочей силы для людей, страдающих этими тремя психическими расстройствами. Комиссия журнала «Ланцет» по инвестициям в здравоохранение определила, что ценность приобретенного года здоровой жизни примерно

в 1,5 раза превышает ВВП на душу населения (61,62). Две трети этой ценности (1,0 умножить на ВВП на душу населения) приходится на инструментальную ценность улучшения здоровья (повышение производительности на рабочем месте). Одна треть (0,5 умножить на ВВП на душу населения) относима на счет внутренней ценности здоровья (социальная ценность здоровья как самоцель). Для текущего анализа прирост производительности при психозе, биполярном расстройстве и эпилепсии оценивался путем умножения общего количества лет здоровой жизни, приобретенных в результате вмешательства, на ВВП на душу населения в Кыргызстане и дальнейшего умножения результата на коэффициент 1,0 (количественная оценка инструментальной ценности здоровья, связанной с производительностью, как кратное показателю ВВП на душу населения).

Для анализа ROI были рассмотрены два базовых сценария. В первом анализировалось влияние включения в качестве основной экономической выгоды (инструментальная ценность здоровья) только роста производительности, в то время как во втором количественно оценивалось совместное воздействие включения роста производительности и социальной ценности здоровья (инструментальная и внутренняя ценность здоровья). Как прямой, так и вмененный методы оценки восстановленной производительности сосредоточены на получении количественной оценки прироста производительности (инструментальной ценности), связанного с улучшением здоровья. Дополнительное воздействие социальной ценности здоровья как меры экономической выгоды оценивалось путем умножения каждого приобретенного года здоровой жизни на 0,5 показателя ВВП на душу населения, а затем прибавления этого к общему приросту производительности, оцениваемому с помощью прямого или вмененного метода.

При анализе чувствительности были выполнены отдельные оценки, чтобы определить, как могут измениться результаты базового сценария при различных допущениях. В первом анализе чувствительности (SA1) проверялось воздействие применения вмененного метода, а не прямого метода, для оценки повышения производительности за счет вмешательств для борьбы с тревожными расстройствами, депрессией и расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. Во втором анализе чувствительности (SA2) проверялось воздействие снижения инструментальной экономической ценности, приписываемой одному году здоровой жизни, на 50% при применении вмененного метода к вмешательствам при психозе, биполярном расстройстве и эпилепсии. Это снизит прирост производительности, связанный с одним приобретенным годом здоровой жизни, до 0,5 показателя ВВП на душу населения (вместо 1,0 показателя ВВП на душу населения).

Понятие приобретенных лет здоровой жизни разъясняется во вставке 3.

Вставка 3. Приобретенные годы здоровой жизни

Выражение «приобретенные годы здоровой жизни» (эквивалентно предотвращенным ГЖКИ) обычно используется в мировой литературе по здравоохранению в качестве итогового показателя здоровья населения. Национальные таблицы продолжительности жизни используются для расчета лет здоровой жизни, которые отражают совокупное время, проведенное населением в состоянии здоровья с известной степенью (или отсутствием) инвалидности. Весовой коэффициент инвалидности в диапазоне от 0 (обозначающий смерть) до 1 (обозначающий идеальное здоровье) используется для корректировки времени, проведенного в определенном состоянии здоровья. Например, если человек живет с болезнью X в течение 10 лет, а весовой коэффициент инвалидности для болезни X составляет 0,4, общее количество лет здоровой жизни, приобретенных для этого человека, равно 4 (10 умножаем на 0,4).

Окупаемость инвестиций для каждого вмешательства/мероприятия была рассчитана путем сравнения прироста производительности, полученного в результате вмешательства (измеряемого как увеличение ВВП), с общими затратами на разработку и осуществление вмешательства. Прогнозируемые затраты и прогнозируемый рост производительности были оценены с использованием подхода чистой приведенной стоимости при применении ставки дисконтирования в 3% годовых. Будущее воздействие на здоровье, производительность и будущие затраты на вмешательство были дисконтированы до их текущей стоимости, чтобы учесть временную стоимость денег, где денежная единица, получаемая в будущем, стоит меньше, чем та же денежная единица, полученная в настоящем. Окупаемость инвестиций, полученная в результате каждого вмешательства, была представлена в виде двух альтернативных показателей: i) отношение выгод к затратам, определяемое как приведенная стоимость общего прироста здоровья и/или производительности, деленная на приведенную стоимость общих затрат на вмешательство; и ii) коэффициент ROI, определяемый как приведенная стоимость общего прироста здоровья и/или производительности за вычетом приведенной стоимости общих затрат на вмешательство, деленная на приведенную стоимость общих затрат на вмешательство (45). Формулы, используемые для расчета соотношения выгод и затрат и ROI для двух базовых сценариев, представлены во вставке 4.

(уравн. 1а)

$$\text{Соотн. выгод и затрат (только пр-ность)} = \frac{\text{PV роста пр-ности}}{\text{PV затрат на меропр.}}$$

(уравн. 1b)

$$\text{Соотн. выгод и затрат (пр-ность+социальн.)} = \frac{\text{PV роста пр-ности} + \text{PV социальн. ценности}}{\text{PV затрат на меропр.}}$$

(уравн. 2а)

$$\text{Коэфф. ROI (только пр-ность)} = \frac{\text{PV роста пр-ности} - \text{PV затрат на меропр.}}{\text{PV затрат на меропр.}}$$

(уравн. 2b)

$$\text{Коэфф. ROI (пр-ность+социальн.)} = \frac{(\text{PV роста пр-ности} + \text{PV социальн. ценности}) - \text{PV затрат на меропр.}}{\text{PV затрат на меропр.}}$$



4. Результаты

4.1 Экономическое бремя

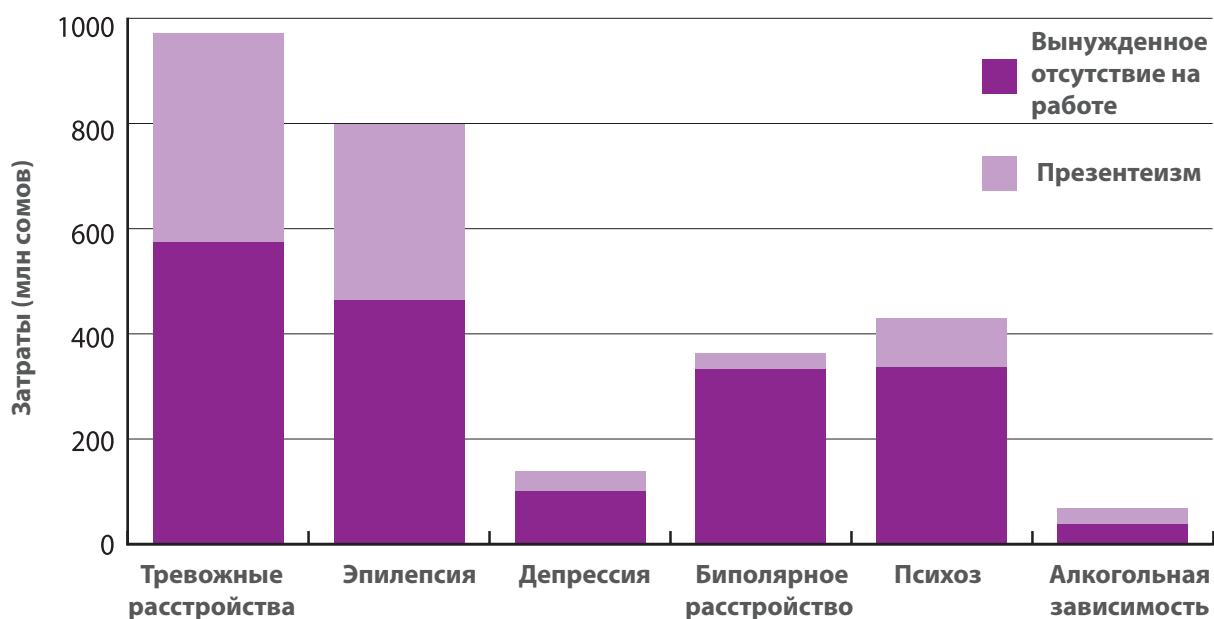
4.1.1 Прямые затраты

Общие расходы на охрану психического здоровья в Кыргызстане в 2022 г. составили 352 млн сомов. Эта оценка отражала все расходы Правительства, например оказание услуг по охране психического здоровья (в больницах и учреждениях ПМСП), взносы в ФОМС и поощрительные выплаты для финансирования многопрофильных бригад для оказания услуг по охране психического здоровья в сообществе. Эта оценка расходов на охрану психического здоровья не включала финансирование со стороны частных компаний, домашних хозяйств, некоммерческих организаций или международных доноров. Общие расходы на охрану психического здоровья не было возможности дезагрегировать по психическим расстройствам.

4.1.2 Косвенные затраты

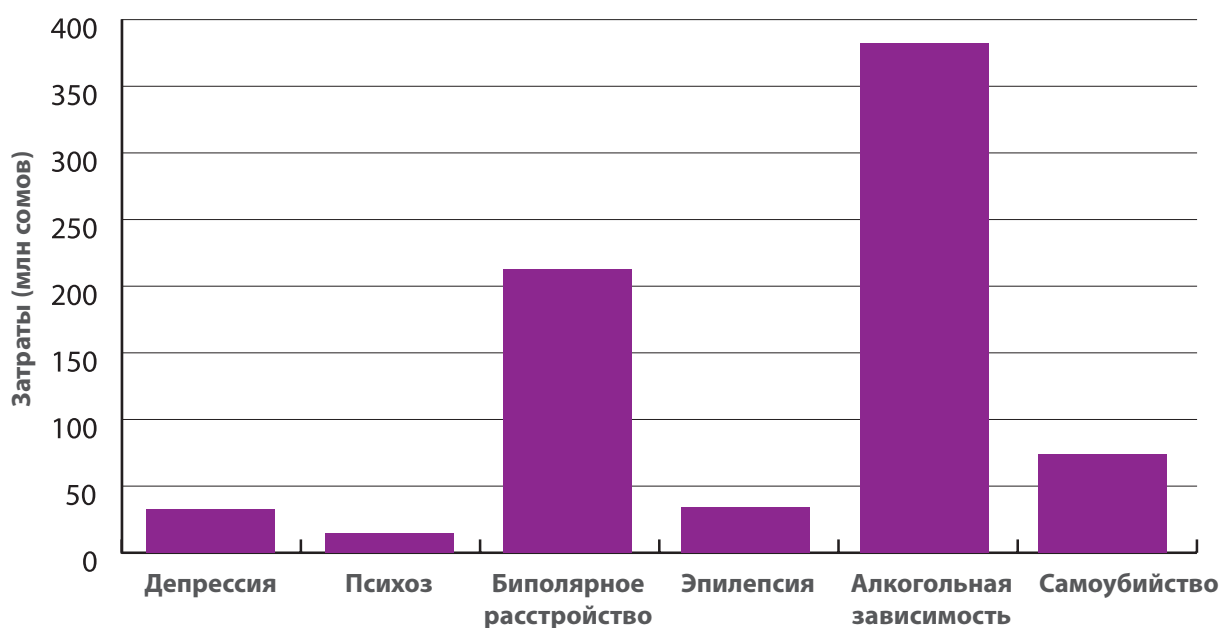
Косвенные экономические потери, вызванные психическими расстройствами и самоубийствами, были оценены как сумма потерь из-за вынужденного отсутствия на работе, презентеизма и преждевременной смерти. Общая совокупная стоимость вынужденного отсутствия на работе и презентеизма в Кыргызстане представлена на рисунке 1. Общее количество дней отсутствия на рабочем месте оценивалось в 1,26 млн дней по невыходу на работу и около 706 000 по презентеизму, что привело к общим затратам в 2872 млн сомов в 2022 г. Вынужденное отсутствие на работе и презентеизм были наиболее высокими при диагнозе тревожных расстройств. Несмотря на то, что для среднестатистического человека тревожность ассоциируется с меньшим числом дней невыхода на работу, чем депрессия, по оценкам, распространенность тревожности в Кыргызстане выше, чем распространенность депрессии.

Рис. 1. Издержки в связи с вынужденным отсутствием на работе и презентеизмом в силу психических расстройств (млн сомов) в 2022 г.



Общие издержки в связи с преждевременной смертью в результате психических расстройств в 2022 г. оценивались в 752 млн сомов (рис. 2).

Рис. 2. Издержки в связи с преждевременной смертью в силу психических расстройств (млн сомов), 2022 г.



Биполярное расстройство и расстройства, вызванные употреблением алкоголя, приводят к большему числу случаев преждевременной смерти, чем остальные психические расстройства. Это связано с высоким превышением средней нормы смертности, оцененной для этих двух расстройств в исследовании ГББ, которое является источником эпидемиологических данных, используемых в инструменте OneHealth (по крайней мере, в 12 раз больше предполагаемых смертей среди населения из-за биполярного расстройства и расстройства, вызванного употреблением алкоголя, по сравнению с депрессией и психозом). Высокая смертность среди лиц с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, была связана с различными причинами, такими как онкологические заболевания и травмы (например, дорожно-транспортные происшествия и падения). Тревожные расстройства с меньшей вероятностью приводят к смерти, но, как описано выше, они связаны с высоким экономическим бременем из-за вынужденного отсутствия на работе и презентеизма. Следует отметить, что эти данные не учитывают известные сопутствующие заболевания, такие как частые случаи сочетания расстройств, вызванных употреблением алкоголя, с серьезной депрессией, биполярными и тревожными расстройствами (63); которые могут повлиять на результаты в области смертности.

4.1.3 Общие экономические издержки

В таблице 6 показаны общие прямые и косвенные издержки, связанные с психическими расстройствами и самоубийствами в Кыргызстане. Косвенные экономические издержки намного выше, чем прямые. Общие расходы на медицинскую помощь при психических расстройствах составили 352 млн сомов; в то время как потери экономики из-за вынужденного отсутствия на работе, презентеизма и преждевременной смерти составили 3624 млн сомов.

Таблица 6. Экономическое бремя психических расстройств в Кыргызстане (в млн сомов) в 2022 г.

Затраты	Общие затраты в 2022 г. (в млн сомов)
Прямые затраты	
Здравоохранение	352
Итого прямые затраты	352
Косвенные затраты	
Отсутствие на работе	1845
Презентеизм	1028
Преждевременная смерть	752
Итого косвенные затраты	3625
Итого	3977

Общее экономическое бремя отдельных психических расстройств и самоубийств для экономики Кыргызстана в 2022 г. оценивалось в 3976 млн сомов. Это эквивалентно 0,4% национального ВВП в 2022 г. Несмотря на такое большое экономическое бремя, пробелы в лечении остаются значительными.

На рис. 3 показана структура экономического бремени психических расстройств в Кыргызстане в 2022 г. Общие расходы на здравоохранение составили 9% от всех расходов, связанных с охраной психического здоровья, что представляет собой небольшую долю от общего экономического бремени.

Рис. 3. Структура экономического бремени психических расстройств в Кыргызстане



4.2 Затраты на мероприятия

Затраты на мероприятия были оценены на период 2022–2037 гг. В таблице 7 показаны абсолютные затраты в течение каждого из первых пяти лет этого периода, а также чистая приведенная стоимость общей величины расходов за 10 лет и за 15 лет. В таблице 8 приведены соответствующие затраты из расчета на душу населения.

Таблица 7. Ориентировочные абсолютные затраты на проведение мероприятий (в млн сомов), в период 2022–2037 гг.

Пакет мер по охране психического здоровья ^а	2022	2023	2024	2025	2026	Итого за 10 лет ^б	Итого за 15 лет ^б
Клинические вмешательства							
Тревожные расстройства	25	29	32	36	39	389	632
Депрессия	31	36	42	48	54	547	928
Психоз	55	57	58	60	62	584	847
Биполярное расстройство	69	78	87	97	106	1069	1767
Эпилепсия	24	26	27	29	30	289	434
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	7	8	10	11	13	133	231
Меры на уровне всего населения							
Всеобщее обучение SEL в школах	19	17	18	18	18	313	475
Итого	230	250	274	297	322	3323	5313

^а Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

^б Суммарные цифры представлены в виде чистой приведенной стоимости, дисконтированной по ставке 3% годовых.

Таблица 8. Расчетные затраты на мероприятия на душу населения (млн сомов), 2022–2037 гг.

Пакет мер по охране психического здоровья ^а	2022	2023	2024	2025	2026	Итого за 10 лет ^б	Итого за 15 лет ^б
Клинические вмешательства							
Тревожные расстройства	3,8	4,2	4,7	5,3	5,8	57,6	93,7
Депрессия	4,5	5,4	6,2	7,1	8,0	81,0	137,6
Психоз	8,1	8,4	8,6	8,9	9,1	86,5	125,5
Биполярное расстройство	10,3	11,6	12,9	14,3	15,8	158,5	261,9
Эпилепсия	3,6	3,8	4,0	4,2	4,5	42,8	64,3
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	1,0	1,2	1,4	1,7	1,9	19,7	34,2
Меры на уровне всего населения							
Всеобщее обучение SEL в школах	2,8	2,5	2,6	2,6	2,6	46,4	70,4
Итого	34,1	37,0	40,5	44,0	47,7	492,4	787,5

^а Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

^б Суммарные цифры представлены в виде чистой приведенной стоимости, дисконтированной по ставке 3% годовых.

Клиническое вмешательство при биполярном расстройстве повлекло за собой наибольшие сметные затраты из-за многочисленных потребностей в уходе и поддержке, необходимых для этого заболевания. Осуществление всего пакета клинических вмешательств (за исключением популяционных вмешательств) обойдется в 3009 млн сомов (или 446 сомов на душу населения) в течение 10-летнего периода масштабирования и 4839 млн сомов (или 717 сомов на душу населения) в течение 15-летнего периода масштабирования.

Клинические вмешательства при расстройствах, вызванных употреблением алкоголя, и эпилепсии, связаны с наименьшими сметными затратами. Они обойдутся, соответственно, в 133 млн сомов и 289 млн сомов в течение 10-летнего периода масштабирования; или в 234 млн сомов и 431 млн сомов за 15-летний период. Общая стоимость вмешательства в области психического здоровья на уровне населения (всеобщее обучение SEL в школах) также была одной из самых низких среди всех пакетов вмешательств. Она обойдется в 313 млн сомов (или 46 сомов на душу населения) за 10 лет и в 475 млн сомов (или 70 сомов на душу населения) за 15 лет.

Вмешательства, включающие психологическое лечение и прием антидепрессантов, требуют крупных, запланированных затрат. Тем не менее существует множество малозатратных вмешательств, таких как базовая психосоциальная поддержка при тревожных расстройствах и депрессии.

4.3 Польза для здоровья, спасенные жизни

Все мероприятия значительно увеличивают общее количество приобретенных лет здоровой жизни (абсолютные результаты представлены в таблице 9). Как описано во вставке 3, приобретенные годы здоровой жизни являются мерой дополнительных лет здоровой жизни, созданных вмешательством, после внесения поправки на патологические состояния, связанные с заболеванием, посредством применения весовых коэффициентов инвалидности. Наибольший эффект наблюдался при вмешательствах, касающихся депрессии (за 10 лет приобретено 14 817 лет здоровой жизни), всеобщего обучения SEL на базе школ (7641), эпилепсии (5868) и тревожных расстройств (4767).

Таблица 9. Оценка абсолютного воздействия на здоровье

Пакет мер по охране психического здоровья ^a	Общее количество приобретенных лет здоровой жизни		Предотвращенные диагностированные случаи заболевания		Всего предотвращенных смертей	
	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет
Клинические вмешательства						
Тревожные расстройства	4 767	12 360	20 631	57 684	н/п	н/п
Депрессия	14 817	34 824	43 776	102 464	106	257
Психоз	1 551	3 492	н/п	н/п	н/п	н/п
Биполярное расстройство	1 979	5 230	1 024	3 096	293	663
Эпилепсия	5 868	14 297	3 773	11 288	25	78
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	2 276	6 205	6 569	16 615	129	350
Меры на уровне всего населения						
Всеобщее обучение SEL в школах	7 641	13 201	26 314 ^b	47 373 ^b	47 ^c	74 ^c
Итого	38 899	89 609	102 087	238 520	600	1 422

н/п — не применимо

^a Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

^b Ранее диагностированные случаи депрессии или тревоги.

^c Случаи смерти в результате самоубийств, вызванных депрессией.

Некоторые мероприятия также снижают смертность, что является последствием снижения распространенности психических расстройств, которые приводят к превышению средней нормы смертности (депрессия, биполярное расстройство и расстройства, вызванные употреблением алкоголя).

Биполярное расстройство и психоз являются менее распространенными заболеваниями, чем депрессия и тревога. Тем не менее это тяжелые психические расстройства, которые обычно сохраняются на протяжении всей жизни затронутого ими человека и часто приводят к значительным страданиям и нарушениям прав человека. В случае психоза воздействие ПМСР на приобретенные годы здоровой жизни происходит за счет снижения тяжести симптомов и улучшения повседневного функционирования человека (количественно оценивается через снижение весового коэффициента инвалидности); а не через уменьшение числа диагностированных случаев заболевания или случаев смерти.

4.4 Повышение производительности

Общая чистая приведенная стоимость прироста производительности, полученного в результате осуществления пакетов мер по охране психического здоровья, представлена в таблице 10 (и классифицирована по методу, используемому для оценки восстановленной производительности). При применении прямого метода для оценки восстановленной производительности было отмечено, что снижение смертности оказывает существенное влияние на производительность посредством увеличения участия в рабочей силе (рост производительности составил 644 млн сомов за 10 лет), а также за счет предотвращения случаев заболеваний, снижения презентеизма и сокращения отсутствия на работе (в общей сложности 1635 млн сомов). При применении вмененного метода наблюдался прирост производительности при лечении психоза (184 млн сомов), биполярного расстройства (232 млн сомов) и эпилепсии (691 млн сомов). Результатом пакетов мер по охране психического здоровья стал прирост производительности с чистой приведенной стоимостью 3386 млн сомов за 10 лет, и 7615 млн сомов за 15 лет.

Таблица 10. Предполагаемый прирост производительности в результате осуществления пакетов мер по охране психического здоровья (млн сомов), за период 2022–2037 гг.

Метод, использованный для оценки восстановленной производительности ^а	Общее повышение производительности ^б	
	10 лет	15 лет
Прямой метод		
Увеличение участия в составе рабочей силы за счет предотвращения смертности	644	1486
Увеличение участия в составе рабочей силы благодаря предотвращению случаев заболевания	545	1226
Сокращение вынужденного отсутствия на работе	545	1226
Снижение презентеизма	545	1226
Вмененный метод		
Повышение производительности применительно к психозу	184	375
Повышение производительности применительно к биполярному расстройству	232	552
Повышение производительности применительно к эпилепсии	691	1522
Итого	3386	7615

^а Прямой метод оценки восстановленной производительности был применен к пакетам мероприятий по охране психического здоровья при тревожных расстройствах, депрессии, расстройствах, вызванных употреблением алкоголя и всеобщих мер SEL в школе (см. Табл. 8), причем восстановленная производительность здесь представлена по виду полученного прироста производительности (увеличение участия в составе рабочей силы благодаря предотвращению смертности/болезней и сокращению отсутствия на работе/презентеизма); вмененный метод оценки восстановленной производительности был применен к пакетам мероприятий по охране психического здоровья при психозе, биполярном расстройстве и эпилепсии.

^б Суммарные цифры представлены в виде чистой приведенной стоимости, дисконтированной по ставке 3% годовых.

4.5 ROI

В таблице 10 показано, что при использовании большинства пакетов мер по охране психического здоровья соотношение пользы и затрат превышает 1,0 за период длительностью 15 лет (таблица 11), указывая, что такие пакеты обеспечивают положительный показатель ROI и что общий прирост производительности превышает общие затраты. Для некоторых вмешательств это соотношение ниже, главным образом из-за сравнительно высоких затрат на вмешательство (психоз, биполярное расстройство) или методологических ограничений, связанных с количественной оценкой долгосрочных конечных результатов в области производительности (как в случае всеобщего обучения SEL на базе школ).

Таблица 11. Затраты, выгоды (только повышение производительности) и соотношение выгод и затрат через 10 и 15 лет в разбивке по пакетам мероприятий (млн сомов), 2022 г.

Пакет мер по охране психического здоровья ^a	Общие затраты ^b		Общий прирост производительности ^b		Соотношение выгод и затрат (только повышение производительности)		ROI (только повышение производительности)	
	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет
Тревожные расстройства	389	632	471	1186	1,20	1,90	0,2	0,9
Депрессия	547	928	1286	2739	2,40	3,00	1,4	2,0
Психоз ^c	584	847	184	375	0,30	0,40	-0,7	-0,6
Биполярное расстройство ^c	1069	1767	232	552	0,20	0,30	-0,8	-0,7
Эпилепсия	289	434	691	1522	2,40	3,50	1,4	2,5
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	133	231	514	1229	3,90	5,30	2,9	4,3
Всеобщее обучение SEL в школах ^d	313	475	7	11	0,02	0,02	-1,0	-1,0

^a Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на уровне ПМСП и на вторичном уровне здравоохранения.

^b Суммарные цифры представлены в виде чистой приведенной стоимости, дисконтированной по ставке 3% годовых.

^c Показатель ROI для пакетов вмешательств в случаях психоза и биполярного расстройства был ниже, чем у пакетов мер для других заболеваний из-за высокой стоимости лечения этих заболеваний в сравнении с их монетизированным воздействием на здоровье; при этом следует подчеркнуть, что могут быть веские неэкономические причины для инвестирования в пакет мер с низким показателем ROI (например, в целях защиты прав человека, правило спасения и т. д.).

^d Эти результаты исключают повышение производительности среди учащихся из-за методологических ограничений в оценке будущего повышения производительности среди учащихся с улучшением психического здоровья.

Пакет мероприятий по лечению расстройств, вызванных употреблением алкоголя, имел самое высокое соотношение выгоды и затрат: на 1 сом, вложенный в пакет таких мероприятий, ожидаемая доходность составляет 3,9 сома за 10 лет и 5,3 сома за 15 лет. Далее следует пакет вмешательств по лечению эпилепсии, который обеспечивает соотношение пользы и затрат в размере 2,4 за 10 лет и 3,5 за 15 лет. Обнаружилось, что в случае 10-летнего временного горизонта пакеты вмешательств для лечения психоза, биполярного расстройства, а также по всеобщему обучению SEL на базе школ имеют отрицательные показатели ROI (отношение пользы и затрат составляет менее 1,0). Это указывает на то, что эти пакеты мер не принесли положительной отдачи от инвестиций, поскольку общие затраты превысили общий прирост производительности в течение 10-летнего периода времени.

В таблице 12 показано влияние включения социальной ценности здоровья наряду с повышением производительности при расчете соотношения выгод и затрат (социальная ценность здоровья — это внутренняя ценность улучшения здоровья как самоцель, оцениваемая как один приобретенный год здоровой жизни, умноженный на 0,5 показателя ВВП на душу населения). Соотношение выгод и затрат для всех пакетов мероприятий существенно возросло; при этом наибольший рост отмечался в случае пакетов вмешательств, касающихся депрессии, тревожных расстройств и всеобщего обучения SEL на базе школ. Максимальные показатели соотношения пользы и затрат наблюдались в случае депрессии, расстройств, вызванных употреблением алкоголя, эпилепсии и всеобщего обучения SEL на базе школ. Эти вмешательства могут принести экономическую выгоду в следующем объеме: 7,0 сома (депрессия), 6,8 сома (расстройства, вызванные употреблением алкоголя), 5,9 сома (эпилепсия) и 4,3 сома (всеобщее обучение SEL в школах) на каждый 1 сом, потраченный в течение 10 лет. За период в 15 лет эти пакеты мер могут принести следующую экономическую выгоду на каждый потраченный 1 сом: 8,8 сома (депрессия), 9,4 сома (расстройства, вызванные употреблением алкоголя), 8,6 сома (эпилепсия) и 4,5 сома (всеобщее обучение SEL в школах).

Включение социальной ценности здоровья наряду с приростом производительности привело к положительным коэффициентам ROI (соотношение пользы и затрат выше 1,0) для пакета мер по лечению психозов в течение 15 лет и всеобщего обучения SEL на базе школ в течение 10 и 15 лет. Из этого следует, что учет социальной ценности здоровья (количественная оценка здоровья как самостоятельной экономической выгоды) усиливает аргументы в пользу инвестирования в мероприятия, направленные на психозы и охватывающие всеобщее обучение SEL в школах. Это особенно верно в отношении всеобщего обучения SEL на базе школ, учитывая, что экономическая ценность повышения производительности (восстановленная производительность) среди школьников в возрасте 12–17 лет пренебрежимо мала в сравнении с экономической ценностью результирующего улучшения здоровья (социальная ценность здоровья).

Таблица 12. Затраты, выгоды (повышение производительности плюс социальная ценность здоровья) и коэффициенты соотношения выгод и затрат за 10 и 15 лет в разбивке по пакетам мероприятий (млн сомов), 2022 г.

Пакет мер по охране психического здоровья ^a	Общие затраты ^b		Общий прирост производительности плюс социальная ценность здоровья ^b		Соотношение выгод и затрат (прирост производительности плюс социальная ценность здоровья)		Коэфф. ROI (рост производительности плюс социальная ценность здоровья)	
	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет	10 лет	15 лет
Тревожные расстройства	389	632	1283	3087	3,3	4,9	2,3	3,9
Депрессия	547	928	3830	8154	7,0	8,8	6,0	7,8
Психоз ^c	584	847	451	921	0,8	1,1	-0,2	0,1
Биполярное расстройство ^c	1069	1767	570	1356	0,5	0,8	-0,5	-0,2
Эпилепсия	289	434	1697	3737	5,9	8,6	4,9	7,6
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	133	231	901	2178	6,8	9,4	5,8	8,4
Всеобщее обучение SEL на базе школ ^d	313	475	1332	2138	4,3	4,5	3,3	3,5

^a Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

^b Суммарные цифры представлены в виде чистой приведенной стоимости, дисконтированной по ставке 3% годовых.

^c ROI пакетов вмешательств в случаях психоза и биполярного расстройства был ниже, чем у пакетов мер для других заболеваний из-за высокой стоимости лечения этих заболеваний в сравнении с монетизированным воздействием на здоровье; при этом следует подчеркнуть, что могут существовать веские неэкономические причины для инвестирования в пакет мер с низкой окупаемостью инвестиций (в целях защиты прав человека или правило спасения).

^d Эти результаты исключают повышение производительности среди учащихся из-за методологических ограничений в оценке будущего повышения производительности среди учащихся с улучшением психического здоровья.

Пакеты клинических вмешательств при расстройствах, вызванных употреблением алкоголя, и эпилепсии характеризуются наилучшей отдачей от вложенных средств в плане максимизации производительности, поскольку они приводят к самым высоким величинам ROI за периоды длительностью 10 и 15 лет. Для сравнения, в ROI всеобщего обучения SEL на базе школ недооцениваются потенциальные экономические выгоды, получаемые подростками с улучшением психического здоровья. В настоящее время не существует устоявшегося метода расчета чистой приведенной стоимости будущих приростов производительности или занятости в связи с улучшением образовательных достижений среди подростков после достижения ими взрослого возраста. Таким образом, методологические ограничения привели к тому, что повышение производительности было ограничено количественной оценкой снижения преждевременной смертности в краткосрочной перспективе.

Окупаемость инвестиций в пакеты вмешательств, касающихся психоза и биполярного расстройства, была ниже, чем при других вмешательствах в области психического здоровья, потому что стоимость лечения была высокой по сравнению с монетизированным воздействием на здоровье. Несмотря на их низкие показатели ROI, пакеты мер по лечению психоза и биполярного расстройства имеют решающее значение для того, чтобы в Кыргызстане оказывались услуги, необходимые для достижения страной целей в области прав человека и обеспечения всеобщего доступа к медико-санитарной помощи, ориентированной на человека. Кроме того, эти заболевания часто являются крайне мучительными и опустошающими как для лиц, страдающих от них, так и для их семей и общин.

Результаты анализа чувствительности представлены в таблице 13. Односторонний анализ чувствительности, включающий применение вмененной стоимости в размере единицы, умноженной на показатель ВВП на душу населения, к каждому году здоровой жизни, приобретенному при оценке прироста производительности при всех нарушениях психического здоровья (SA1), не привел к существенным изменениям в соотношении выгод и затрат. Например, соотношение пользы и затрат при тревожных расстройствах, депрессии и расстройствах, вызванных употреблением алкоголя, оставалось выше 1,0. В ходе второго анализа чувствительности, SA2, изучалось влияние сокращения вдвое значения, присваемого инструментальной ценности года здоровой жизни, до 0,5-кратного ВВП на душу населения. Это снижало общее соотношение выгоды и затрат для пакетов вмешательств по психозу, биполярному расстройству и эпилепсии. При включении социальной ценности здоровья в повышение производительности соотношение выгоды и затрат при психозе оказывалось ниже 1,0. В целом, результаты двух анализов чувствительности показывают, что результаты, полученные в ходе анализа базового случая, были в значительной степени устойчивы к изменениям, связанным с важными методологическими допущениями.

Таблица 13. Соотношение выгоды и затрат через 15 лет для каждого сценария анализа чувствительности относительно базового сценария (млн сомов), 2022 г.

Пакет мер по охране психического здоровья ^a	Соотношение выгод и затрат (только повышение производительности)			Соотношение выгод и затрат (прирост производительности плюс социальная ценность здоровья)		
	Базовый сценарий	SA1 ^b	SA2 ^b	Базовый сценарий	SA1 ^b	SA2 ^b
Тревожные расстройства	1,90	2,1	Н/п	4,9	5,1	Н/п
Депрессия	3,00	4,0	Н/п	8,8	9,8	Н/п
Психоз	0,40	Н/п	0,2	1,1	Н/п	0,9
Биполярное расстройство	0,30	Н/п	0,2	0,8	Н/п	0,6
Эпилепсия	3,50	Н/п	1,8	8,6	Н/п	6,9
Расстройства, вызываемые употреблением алкоголя	5,30	2,8	Н/п	9,4	6,9	Н/п
Всеобщее обучение SEL на базе школ^c	0,02	Н/п	Н/п	4,5	Н/п	Н/п

Н/п — не применимо.

^a Пакеты мер по охране психического здоровья для клинических вмешательств включают в себя несколько подходов к проведению вмешательства (например, базовая психосоциальная поддержка, психологическое лечение и лекарства) на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

^b При анализе чувствительности SA1 использовался вмененный метод для оценки восстановленной производительности в результате мероприятий по лечению тревожных расстройств, депрессии и расстройств, вызванных употреблением алкоголя. При анализе чувствительности SA2 использовалось снижение на 50% инструментальной экономической ценности, приписываемой одному году здоровой жизни (т. е. 0,5 умножить на ВВП на душу населения) при применении вмененного метода.

^c Эти результаты исключают повышение производительности среди учащихся из-за методологических ограничений в оценке будущего повышения производительности среди учащихся с улучшением психического здоровья.



5. Выводы и рекомендации к рассмотрению

Результаты данного обоснования инвестиций подтверждают, что психические расстройства оказывают большое влияние на экономику Кыргызстана. Кроме того, они показывают, что инвестиции в отдельные научно обоснованные мероприятия могут значительно улучшить психическое здоровье людей, увеличить продолжительность жизни и снизить потери национальной экономики. В таблице 14 обобщены основные выводы. Во вставке 5 перечислены выявленные сильные и слабые стороны, возможности и угрозы.

Таблица 14. Краткое изложение основных выводов

Каждый год результатом психических расстройств становятся...	За 15 лет принятие новых мер и интенсификация существующих мер...
5,2% национального бремени болезней (ГЖКИ)	Принесут 38 899 дополнительных лет здоровой жизни
352 млн сомов в виде расходов на здравоохранение в результате лечения лиц из ранее диагностированных 674 504 лиц (11% населения)	Сократят расходы на здравоохранение в результате предотвращения 102 087 диагностированных случаев заболевания
Потери экономической производительности на сумму 3624 млн сомов	Предотвратят экономические потери в размере 3385 млн сомов (повышение производительности)
Общие экономические издержки эквивалентны 0,4% ВВП (3976 млн сомов)	Дадут экономический эффект в размере 3 385 млн сомов, который превышает затраты (3324 млн сомов) на интенсификацию мероприятий

Вставка 5. Результаты анализа сильных и слабых сторон, возможностей и угроз

Сильные стороны	Слабые стороны
- Наличие комплексного национального плана действий по охране психического здоровья (2018–2030 гг.) - Лидерство на высоком уровне и приверженность делу охраны психического здоровья (включая Министерство здравоохранения, Министерство труда, социального обеспечения и миграции и Психиатрическую ассоциацию) - Опробованные модели оказания услуг на уровне общин (например, междисциплинарные бригады) - Начало интеграции услуг по охране психического здоровья в ПМСП (через mhGAP) - Результаты в области достижения задач в рамках целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия	- Недостаточное финансирование, приводящее к пробелам в оказании услуг и высоким расходам семей из собственных средств - Острая нехватка кадров в области психического здоровья - Акцент на биомедицинских, специализированных моделях оказания медицинской помощи в специализированных учреждениях - Неравенство в доступе к медицинской помощи и в ее доступности - Некоторые пробелы в государственных услугах, доступных для уязвимых групп населения: детей (такие заболевания, как аутизм) и пожилых людей (в том числе для деменции) - Ограниченные репрезентативные данные о психическом здоровье на национальном уровне
Возможности	Угрозы
- Улучшение межведомственной и межсекторальной координации, что позволило бы решить общие проблемы, связанные с НИЗ, травматизмом и инициативами в области психического здоровья - Продолжается разработка нового закона, который можно использовать для включения рекомендаций из настоящего обоснования инвестиций - Реструктуризация Кабинета Министров и Администрации Президента в 2022 г. - Глобальная повестка дня в области ЦУР, а также позитивные обзоры и достигнутый на сегодняшний день прогресс (доклады за 2019 и 2020 гг.), что дает импульс для продолжения работы по тому же маршруту - Цифровая эра и преобразования, которые могут помочь устранить пробелы в данных и укрепить электронные информационные системы здравоохранения	- Экономические сдвиги и факторы неопределенности после COVID-19 - Статус СНСД без выхода к морю - Традиционные представления о психических расстройствах и связанной с ними стигматизации, которые влияют на поведение людей при обращении за медицинской помощью

5.1 Рекомендации к рассмотрению

Для дальнейшего укрепления многосекторальных, основанных на участии всех государственных структур и всего общества мер реагирования на нарушения психического здоровья и для повышения их воздействия можно предпринять следующие практически реализуемые шаги:



Использовать законопроект 2024 г. и обеспечить его исполнение.

Этот закон предоставляет возможность включить рекомендации из инвестиционного обоснования и предоставить законодательные инструменты, которые укрепляют систему охраны психического здоровья. Обеспечение соблюдения закона будет стимулировать инвестиции и поможет в полной мере реализовать потенциальные выгоды в области здравоохранения, социальной сфере и экономической деятельности.



Повысить налоги на алкоголь.

Повышение налогов на алкоголь (рекомендация, представленная в сопровождающем докладе об обосновании инвестиций в борьбу с НИЗ и их профилактику) приведет к снижению ценовой доступности алкоголя, сокращению потребления алкоголя и увеличению доходов. Полученные доходы должны быть направлены на мероприятия по профилактике и лечению психических расстройств, включая повышение оплаты труда и обучение и подготовку медицинских работников. Серьезная нехватка финансирования указана в качестве одного из основных препятствий на пути укрепления системы охраны психического здоровья в Кыргызстане.



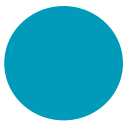
Укреплять межсекторальную координацию, в том числе в рамках программ борьбы с неинфекционными заболеваниями и травматизмом.

Целенаправленные усилия по улучшению межведомственной и межсекторальной координации могут более эффективно и синергетически решать общие проблемы и регулировать факторы риска в области неинфекционных заболеваний, травматизма и психического здоровья. Для укрепления поддержки проектов в рамках государственно-частного партнерства в секторе здравоохранения можно более активно привлекать гражданское общество (организации пациентов, группы активистов), профессиональные сообщества, неправительственные организации и субъектов частного сектора.



Расширять охват медицинской помощью за счет масштабирования мероприятий на уровне общин и укрепления кадровых ресурсов здравоохранения.

Это может быть выполнено путем расширения mhGAP (ПМСП) а также программ охраны психического здоровья на уровне общин, таких как многопрофильные бригады посещений на дому и всеобщие программы SEL на базе школ. Применение такого подхода укрепит здравоохранение за счет расширения объема и качества услуг ПМСП и общинных услуг, интеграции оказания услуг и может способствовать более справедливому охвату мероприятиями и услугами. Кроме того, отказ от моделей, основанных преимущественно на специализированных медицинских учреждениях, может привести к снижению затрат на лечение и уход из расчета на душу населения. Более тесное сотрудничество со специалистами в области народной медицины (предоставление обучения и официальных механизмов направления пациентов) может повысить осведомленность, поддержку на уровне общин, практику направления пациентов и доступ для пациентов, для которых первым местом оказания помощи могут быть именно специалисты в области народной медицины.



Создать и расширить системы телемедицины по всему Кыргызстану.

Для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и справедливого повышения доступности услуг в области психического здоровья необходимо создать и расширить системы телемедицины, в частности посредством дистанционных консультаций в режиме онлайн, во всех регионах Кыргызстана. Выполнение национального экономического обоснования в области цифрового здравоохранения применительно к НИЗ и психическому здоровью может дать возможность Правительству Кыргызстана расширить масштабы телемедицины и других решений в области цифрового здравоохранения.



Предоставлять услуги и поддержку для удовлетворения потребностей пожилых людей, детей и лиц с хронической психосоциальной инвалидностью.

Необходимо обеспечить надлежащий охват электронными услугами здравоохранения, лекарственными средствами, а также финансовую защиту, особенно для уязвимых групп населения. Клинические пробелы в обслуживании существуют для биполярного расстройства и психоза. Несмотря на то, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью и аутизм не включены в экономический анализ, распространенность этих расстройств растет; люди оказываются затронутыми этими расстройствами с детства и подвержены риску нарушения прав человека, в то время как квалифицированного персонала для оказания им поддержки не хватает.

Библиография¹

1. Ferrari A. Global, regional, national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137–50 ([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)).
2. World mental health report; 2022: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/356119>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Mental disorders key facts [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>).
4. 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 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>).
5. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2012 (PGDA Working Paper 8712; (<https://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html>)).
6. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2):10 (<https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>).
7. Mental health and substance use [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (<https://www.emro.who.int/mnh/mental-health-gap-action-programme/index.html>).
8. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11):95 (<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>).
9. WHO menu of cost-effective interventions for mental health. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343074>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/345301>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. SDG voluntary national review on the implementation of the Sustainable Development Goals in the Kyrgyz Republic 2020. New York: United Nations; 2020 (<https://kyrgyzstan.un.org/en/53961-voluntary-national-review-implementation-sustainable-development-goals-kyrgyz-republic-2020>).
12. The Global Action Plan in Kyrgyzstan: coming together for healthy lives and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/the-global-action-plan-in-kyrgyzstan-coming-together-for-healthy-lives-and-well-being>).
13. Kyrgyzstan: health system review. *Health Systems in Transition*, 24(3). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363175>).
14. World Bank open data country profiles [online database]. Washington (DC): World Bank; 2024 (<https://data.worldbank.org/>). Licence: CC-BY 4.0.
15. Global health expenditure database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://apps.who.int/nha/database>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹ Все ссылки по состоянию на 22 мая 2024 г.

16. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/272735>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Aliev AA, Roberts T, Magzumova S, Panteleeva L, Yeshimbetova S, Krupchanka D et al. Widespread collapse, glimpses of revival: a scoping review of mental health policy and service development in central Asia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(8):1329–40 (<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02064-2>).
18. Molchanova E, Kirn E, Galako T. Psychiatry in the Kyrgyz Republic: in between the Soviet past and a vague future. In: Bhugra D, Tse S, Ng R, Takei N, editors. *Routledge Handbook of Psychiatry in Asia*. New York: Routledge; 2016:11–17 (<https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Psychiatry-in-Asia/Bhugra-Tse-Ng-Takei/p/book/9780367581732>).
19. Molchanova E, Horne S, Kim E, Yarova O. Hybridized indigenous healing in the Kyrgyz Republic: helping survivors of violence. *Women Ther*. 2018;41(1–2):69–82 (<https://doi.org/10.1080/02703149.2017.1324187>).
20. Penkala-Gawęcka D, WHO Regional Office for Europe. Original research: perceptions of health and illness, the role of healers in Kyrgyzstan. *Public Health Panorama*. 2017;3(1):80–7 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254728>).
21. GBDx 2019 [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>).
22. National Centre of Cardiology and Internal Medicine, Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Professional Development, Ministry of Health. STEPS 2013. Geneva: WHO NCD Microdata Repository; 2013 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/271>).
23. Tabta AA, Makhmutkhodzhaev SA, Kydyralieva RB, Altymysheva AT, Dzhakipova RS, Zhorupbekova KS et al. [Prevalence of risk factors of non-communicable disease in Kyrgyzstan: assessment using WHO STEPS approach]. *Kardiologiya*. 2016;56(11):86–90 (<https://doi.org/10.18565/cardio.2016.11.86-90>) (in Russian).
24. Kaliev MT, Meimanaliev TS, Djumagulova AS, Habicht J. Prevalence of noncommunicable diseases risk factors in the Kyrgyz Republic. *Ter Arkh*. 2018;90(1):45–8 (<https://doi.org/10.26442/terarkh201890145-48>).
25. Pomerleau J, Mckee M, Rose R, Haerpfer CW, Rotman D, Tumanov S. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol Alcoholism*. 2008;43(3):351–9 (<https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agm167>).
26. Zakirova-Engstrand R, Yakubova G. A scoping review of autism research conducted in central Asia: knowledge gaps and research priorities. *Autism*. 2024;28(2):342–54 (<https://doi.org/10.1177/13623613231170553>).
27. Molchanova ES, Kosterina EV, Yarova OV, , Panteleeva L. Outpatient services for people with mental disorders in the Kyrgyz Republic: what is next? *Consort Psychiatr*. 2022;3(1):98–105 (<https://doi.org/10.17816/CP133>).
28. Sadykov E, Hosak L. Mental healthcare in Kyrgyzstan. *Ceska Slov Psychiatr*. 2016;112:31–5.
29. Wang B, Feldman I, Chkonja E, Pinchuk I, Panteleeva L, Skokauskas N. Mental health services in Scandinavia and Eurasia: comparison of financing and provision. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(2):118–27 (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2022.2065190>).
30. Jakab Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. *Lancet*. 2012;379(9811):103–5 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61511-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61511-0)).

31. Jakab M, Akkazieva B, Babicht J. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/329444>).
32. WHO-AIMS country profile: Kyrgyzstan. Geneva: World Health Organization; 2008 ([https://www.who.int/publications/m/item/who-aims-country-profile-kyrgyzstan-\(the-kyrgyz-republic\)](https://www.who.int/publications/m/item/who-aims-country-profile-kyrgyzstan-(the-kyrgyz-republic))).
33. mhGAP intervention guide: version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>).
34. Pinchuk I, Yachnik Y, Kopchak O, Avetisyan K, Gasparyan K, Ghazaryan G et al. The implementation of the WHO Mental Health Gap Intervention Guide (mhGAP-IG) in Ukraine, Armenia, Georgia and Kyrgyz Republic. *Int J Environ Res*. 2021;18(9):4391 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18094391>).
35. Ivasiy R, Madden LM, Farnum SO, Shumskaya N, de Leon SJG, Bromberg DJ et al. Implementation opportunities for scaling up methadone maintenance treatment in Kyrgyzstan: methadone dosage and retention on treatment over two years. *Drug Alcohol Depend*. 2022;4:100075 (<https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100075>).
36. Molchanova E. Mental health rehabilitation in the Kyrgyz Republic: official and indigenous models. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 2014;1(1):23–6 (<https://doi.org/10.1007/s40737-014-0008-z>).
37. Preliminary observations by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Mr Dainius Pūras on his Country Visit to Kyrgyzstan, 22 to 31 May 2018. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2018 (<https://www.ohchr.org/en/statements/2018/05/preliminary-observations-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>).
38. Wong BHC, Chkonja E, Panteleeva L, Pinchuk I, Stevanovic D, Tufan AE et al. Transitioning to community-based mental healthcare: reform experiences of five countries. *B J Psych Int*. 2022;19(1):18–21 (<https://doi.org/10.1192/bji.2021.23>).
39. Cost-effectiveness research report on the model of multidisciplinary teams delivering community-based mental health services. Bishkek: Institute for Social Development; 2018.
40. Eshieva T. Children with autism in Kyrgyzstan gain a helping hand. New York: Open Society Foundations. 31 March 2017 (<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/children-autism-kyrgyzstan-gain-helping-hand>).
41. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools 1: mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):377–87 ([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)).
42. Statistics of the Kyrgyz Republic. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic; 2024 (<http://stat.kg/en/>).
43. OneHealth Tool. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2017 (<https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>).
44. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–24 ([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)).
45. WHO, United Nations Development Programme. Mental health investment case: a guidance note. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340246>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
46. Institutional and context analysis: guidance note. New York: United Nations Development Programme; 2012 (<https://www.undp.org/publications/institutional-and-context-analysis-guidance-note>).

47. Institutional and context analysis for the sustainable development goals: guidance note. New York: United Nations Development Programme; 2017 (<https://sohs.alnap.org/help-library/institutional-and-context-analysis-for-the-sustainable-development-goals-guidance-note>).
48. Bertram MY, Stenberg K, Brindley C, Li J, Serje J, Watts R, Edejer TT. Disease control programme support costs: an update of WHO-CHOICE methodology, price databases and quantity assumptions. *Cost Eff Resour Alloc*. 2017;15:21 (<https://doi.org/10.1186/s12962-017-0083-6>).
49. Stenberg K. Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16:11 (<https://doi.org/10.1186/s12962-018-0095-x>).
50. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry*. 2004;184(5):393–403 (<https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.393>).
51. Chisholm D, Gureje O, Saldivia S, Calderón MV, Wickremasinghe R, Mendis N et al. Schizophrenia treatment in the developing world: an interregional and multinational cost-effectiveness analysis. *Bull World Health Organ*. 2008;86(7):542–52 (<https://doi.org/10.2471/blt.07.045377>).
52. Chisholm D, Van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;187(6):559–67 (<https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.559>).
53. Chisholm D. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia*. 2005;46(5):751–9 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1528-1167.2005.52704.x>).
54. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K et al. Are the “best buys” for alcohol control still valid? an update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(4):514–22 (<https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2018.79.514>).
55. Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F et al. The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):e291–300 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30493-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30493-9)).
56. Lee YY, Skeen S, Melendez-Torres GJ, Laurenzi CA, Van Ommeren M, Fleischmann A et al. School-based socio-emotional learning programs to prevent depression, anxiety and suicide among adolescents: a global cost-effectiveness analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023;32:e46 (<https://doi.org/10.1017/S204579602300029X>).
57. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9977):1536–44 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)).
58. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, Du Toit S, Tomlinson M, Dua T et al. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2019;144(2):20183488 (<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>).
59. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD003380 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003380.pub4>).

60. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):388–98 ([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8)).
61. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. *Lancet*. 2014;383(9925):1333–54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62231-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62231-X)).
62. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382(9908):1898–955 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)).
63. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Patricia Chou S, Jung J, Zhang H et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757–66 (<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>).

