The Economist Intelligence Unit

经济学人智库简报

精神健康和社会融入

精神疾病患者支持服务：亚太地区 15 个国家的对比

赞助方：

Janssen

目录

概要 2

研究简介 5

1. 简介：亚太地区在精神卫生领域面临的挑战 7
*示例：*数字说明 12

2. 亚太地区精神卫生综合评价指数与评价结果 13
*示例：*欧洲和亚太地区指数的相似性和差异 16

3. 指数排名 17
领先国家：新西兰和澳大利亚 17
*示例：*新西兰的“Like Minds, Like Mine”精神卫生项目——反对精神疾病歧视的 20 年 20
亚洲高收入地区及国家：台湾、新加坡、韩国、日本和香港 22
*示例：*由歧视带来的多样化的挑战 26
中高等收入国家：马来西亚、中国和泰国 28
*示例：*中国的 686 项目——培养社区治疗及护理人才 32
中低等收入国家：印度、菲律宾、印度尼西亚、越南和巴基斯坦 34
*示例：*城乡差距 37

4. 结论：变革的关键所在 39

附录 1：研究分析结果概览 41

附录 2：研究分析方法 42

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

概要

在亚太地区，精神疾病是伤残所致生命年损失 (years lost due to disability/YLD) 的第二大因素。尽管如此，在整个亚太地区，仍有超过半数的精神疾病患者无法获得治疗。这并不是一个新的危机，而是一个长期存在的问题。

在整个亚太地区，政策制定者和医疗体系的都在积极应对此问题。2010 年，日本宣布精神疾病成为日本五大重点疾病之一；2012 年，中国通过了第一部精神卫生法——《中华人民共和国精神卫生法》；2014 年，印度尼西亚大幅修改了立法；同年，印度首度制定了首部精神卫生相关政策。与此同时，在国际层面，亚太经合组织 (Asia-Pacific Economic Cooperation/APEC) 和东盟 (Association of Southeast Asian Nations/ASEAN) 也开始关注精神卫生相关议题。

本研究中涉及的 15 个国家和地区 [1]——以下简称为“国家”——都希望能够在医疗机构之外为精神疾病患者提供治疗以及支持，并最终帮助他们回归社会。此经济学人智库研究由杨森制药公司（Janssen Asia Pacific）赞助，对亚太地区不同国家在此方面的工作成果进行了评估。该研究评估了不同国家及地区的精神疾病患者的社区融入指数，采访了 19 名各国和国际精神卫生领域的专家，并进行了大量的案头调研。主要研究成果包括：

精神疾病对亚太地区造成了巨大的健康和经济负担：20 世纪 90 年代引入的度量标准总结出了之前从未得到统计的精神疾病患者总人数。平均而言，在 15 个参评国家中，精神疾病导致的伤残所致生命年损失占比超过 1/5，所导致的伤残调整生命年（disability adjusted life years/DALY，伤残所致生命年损失和早夭的综合衡量指数）占比达 9.3%。从当前至 2030 年，精神疾病将导致印度和中国的经济增长缩水 110 万亿美元。在澳大利亚和新西兰，目前由于精神疾病导致的国民生产总值 (Gross Domestic Product/GDP) 缩水比例分别为 3.5% 和 5%。由于上述计算并未考虑自杀的影响（韩国和日本自杀问题尤其严峻），精神疾病所造成的实际人力和财务损失很可能更为严重。

精神疾病的相关影响也在增长：以年龄标准化的伤残调整生命年为衡量依据，精神疾病引发的绝对负担在各个参评国家之间并未有显著差异，同时，在经济增长和个人风险之间没有明显的联系。尽管如此，由于在其他类型疾病的治疗方面的快速进展，精神疾病所造成的健康负担所占的比例仍在上升，精神疾病在公共健康领域的重要性也因此日益提升。

接受治疗的患者少之又少。在澳大利亚

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

和新加坡，不到半数的精神疾病患者得到治疗。而在印度和中国，接受治疗的患者比例仅为十分之一左右。这些数据与国际上对于发达和发展中国家的估算数据一致。更糟糕的是，患者获得的这些治疗往往并不充分。在澳大利亚，仅有 16% 的焦虑症患者得到了“充分的”治疗。

理想状态下，应该提供以患者为中心、基于社区的一体化医疗服务；现实却并非如此

理想状态下，应该提供以患者为中心、基于社区的一体化医疗服务；现实却并非如此：目前精神疾病的治疗目标是协助患者“康复”。真正达成该目标，意味着患者能够在社区中过上自己认为有意义的生活。这需要在医疗、社会、住房和就业方面的综合服务。尽管该方法在过去数十年来一直被视作最佳实践，而且即便现在也被所有参评国家所认可，但在大多数国家中，精神疾病患者的治疗还是以医院为中心的。

我们的研究表明，亚太地区国家在精神健康综合治疗方面可分为四组。国家分数存在显著差异：在就业机会方面，有两个国家获得了满分 100 分，三个国家得了零分。但整体可明确地分为四组：(1) 新西兰和澳大利亚；(2) 高收入亚洲国家（台湾、新加坡、韩国、日本、香港）；(3) 中高收入国家（马来西亚、中国、泰国）；以及 (4) 中低等收入国家（印度、菲律宾、越南、印度尼西亚、巴基斯坦）。分组结果表明，在不同地区，精神疾病治疗资源的整合程度与经济发展水平存在明确的联系，但进一步分析会发现还有更多贡献因素。

新西兰和澳大利亚：这两个国家之所以表现良好，不仅仅是在精神卫生上投入了大量资源，更多是因为它们在过去很长一段时间内所做的不懈努力，建立了社区化的精神疾病治疗体系。因此，它们已经在必需的基础设施、实践和人员方面有所积累。更重要的是，两个国家都发生了显著的文化转变，针对精神疾病患者的世俗偏见正在减少，非政府和非临床利益相关方在政策制定和相关服务提供方面正在扮演着重要的角色。但是，两个国家仍在努力改进缺点，如社会边缘团体和农村居民的保障不足。

高收入亚洲国家：这些国家拥有先进的医疗体系，政府也具备提供优质社会服务所需的技术实力。在过去十年的大多数时间内，它们也在努力建立社区化体系，为精神疾病患者提供服务。但这些服务水平仍待提升，且服务人员不足。另一个主要原因是，医疗体系需要一定的时间才能增加预算、积累训练有素的人力资源、调整不同政府部门制定的多项政策，使其方向一致，并协调多领域的服务。但是，高度体制化的医疗体系说明，要克服根深蒂固的经济利益和临床实践须解决很多难题，日本和韩国就是很好的例子，在某种程度上，台湾也可归为此列。最后，消除对精神疾病的歧视进展缓慢——而且仍有可能出现倒退——此外，患者倡导所扮演的角色仍无足轻重。但是，对于自杀率的关注有助于保持政策向精神健康方面倾斜。

中高等收入国家：这些国家在推动社区化的治疗体系方面业已加大投入，但比高收入国家起步晚很多。具体来说，马来西亚和中国已经进一步扩展了社区化的一体化医疗体系，以便更好地服务精神疾病患者。而在马来西亚和泰国，通常还是由医院系统而不是专业精神病医疗机构提供服务。尽管如此，这些国家在必需的综合和精神疾病治疗设施和人员方面的发展仍落后于高收入国家，但需求更多，包括明显的治疗缺口、医师人数过少、没有或几乎没有非医疗服务、现有的医疗服务和医护服务提供者之间缺乏协调。

中低等收入国家：这些国家面临着巨大的挑战：精神疾病患者可享受的医疗服务很少，精神健康专业人员数量严重不足；非医疗服务几乎完全缺失；大多数精神医疗服务集中在大型医院，这些医院通常已经破败不堪，在某些国家甚至成为了人权迫害的场所；尽管相对紧迫的健康需求而言预算不足，但医疗系统仍并不具备将微薄的预算落实到位的技术实力。另一方面，本次研究采访的专家指出，这些国家正在努力并已制定了一些重要的新法律和项目。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

所有组别的国家都面临着一些共同挑战，但具体表现形式有所不同：

- **数据：**在发展中国家，关于精神疾病的普遍程度的基本信息都依赖于猜测。经济更为发达的国家有相关数据，但对于相关后果的信息则很少。
- **城乡差距：**在很多发展中国家，农村的精神疾病服务往往严重不足或不存在。患者被迫自给自足，或需要花费高昂的交通费用、历经波折，才能抵达大型服务中心。在富裕国家，服务体系更为完善，但农村地区的精神健康服务使用率较低，且自杀率较高，表明仍有改进空间。
- **歧视：**对于精神疾病患者的歧视普遍存在，尤其是诸如精神分裂症等严重疾病。歧视的形式多种多样，从被套上链条到感受到来自亲友的不公平对待不一而足。人们往往有一种不成文的看法——这些患者在道德方面有污点并且是危险的，可能对他人的人身或社会产生危险。解决这一问题需要切实的文化转变，以及在讨论精神疾病时更为开明的人权观念。但是，如无法解决该问题，社区综合服务体系的整体进程会受到影响。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

研究简介

经济学人智库 (Economist Intelligence Unit/EIU) 开展此研究，旨在评估亚太地区 15 个国家在将精神病患者纳入社区的进程方面所取得的进展。此次研究由强生公司旗下的杨森制药公司赞助。

本报告主要介绍亚太地区精神卫生整合指数研究的相关结果。此版本的指数借鉴了经济学人智库 2014 年欧洲精神卫生整合指数，对比了不同国家在精神疾病患者融入社会方面所做的努力程度。该研究的数据收集于 2016 年 3 月到 5 月期间。共有 18 个指数，分为四类：

- **环境**：精神疾病患者过上正常生活所需的环境
- **可及性**：精神疾病患者获得所需的医疗帮助和服务的程度
- **机会**：尤指向精神疾病患者提供的就业相关机会，以及
- **治理**：包括人权问题和为消除歧视所做的努力

本报告附录完整阐述了该研究分析方法。在指数构建的过程中，经济学人智库咨询了全球范围内的一些专家。对于他们为本项目所付出的时间和提供的建议，我们在此致以诚挚的感谢。他们分别是：

- Chee Ng，澳大利亚墨尔本大学亚澳精神卫生协会联合主任
- Jack Heath，澳洲精神卫生协会 (SANE Australia) 首席执行官
- 马弘，中国北京大学精神卫生研究所教授
- Pallab K. Maulik，印度乔治亚全球健康研究所研发主管和副主任
- Tadashi Takeshima，日本国家神经病学和精神病中心前精神卫生政策和管理主任

除本次基准研究外，经济学人智库还为本次报告进行了广泛的案头研究并与多位专家进行了数次深度采访。我们在此对这些专家的参与表示感谢：

- Nor Hayati Ali，马来西亚健康部精神科顾问医生（社区及康复精神病学）
- 张书森，国立台湾大学
- Sung-Ku Choi，韩国国家精神卫生中心主任
- Judi Clements，新西兰精神卫生基金会前行政长官，Multi-Agency Group 集团主席
- Daniel Fung，新加坡精神卫生协会主席

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

- Patanon Kwansanit，泰国卫生部精神卫生司国际精神卫生处主任
- Cynthia R. Leynes，菲律宾精神病协会前任主席，菲律宾大学医学院精神病和行为药学系
- Harry Minas，澳大利亚墨尔本人口和全球健康学院精神卫生中心全球和文化心理健康部主管
- Thanh Tam Nguyen，越南基本需求国家主管，越南精神卫生和社区开发（MHCD）创始人和首席执行官
- Hugh Norriss，新西兰精神卫生基金会前战略、倡导和研究主任
- Vikram Patel，印度公共健康基金会
- Siham Sikander，巴基斯坦人力开发研究基金会
- Atsuro Tsutsumi，日本金泽大学全球事务组织副教授
- 余健新，香港心理卫生会总主任
- Nova Riyanti Yusuf，印度尼西亚前国会议员，印尼新精神卫生法的主要支持者

经济学人智库对本报告的内容承担全部责任。报告中的调查结果和观点并未反映赞助方的观点。本报告所采访的所有专家均未因参与采访而收取任何费用。本报告作者是 Paul Kielstra，编辑是 Gareth Nicholson。本研究由 Trisha Suresh 领导的经济学人智库研究小组设计和完成。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

1 简介：亚太地区在精神卫生领域面临的挑战

一个日益严峻且不容忽视的重大挑战

“在亚太地区的发达和发展中国家中，人们已经开始意识到了精神疾病的重要性，”日本金泽大学全球事务组织副教授 Atsuro Tsutsumi 说，“但对其关注度仍低于其他重大疾病。”在这种略显尴尬的情形下，最让人担心的是，这些国家在精神卫生方面究竟取得了哪些进展。

精神健康是一个广义术语，包括多种不同情况

精神疾病是一个包含了一系列复杂且具有差异性的病种的广泛概念病种。[2] 但这类疾病长久以来在亚太地区和全球大部分区域都有一个共同点——人们都对其采取回避的态度，而非积极应对。这种情形直到最近几十年才有所改观。通常人们对于精神疾病采取的处理方式包括隔离，而且多为永久隔离。严重的精神疾病患者通常被隔离在远离人口聚集中心的医院里。

这一局面很长一段时间没有得到改变。尽管世界卫生组织 (World Health Organisation/WHO) 一直呼吁“没有精神健康就没有健康”，但国际社会就此取得共识才不过仅仅十余年。即便今天，在本研究涉及的几个国家中，仍有精神疾病患者的家人甚至医疗机构使用锁链限制其自由行动。问题并不局限于欠发达国家：在 2014 年，韩国由于偏远地区的盐农使用精神疾病患者作为奴隶劳动力而身陷丑闻风波。

直到 20 世纪 90 年代之前，医疗数据都在助长这种视而不见的态度。当时的统计数字只关注死亡率。如果仅讨论直接死因，精神疾病在公共健康问题方面在一直都是小问题，到现在也是。根据世界卫生组织的全球疾病负担 (Global Burden of Disease/GBD) 调查数据，在本研究覆盖的 15 个国家中，2013 年精神疾病平均造成的死亡人数共占年龄标准化死亡人数的不到 0.5%。这些死亡案例中，大多数是由于酗酒和毒瘾引起的——这两点已经成为人们重点关注的公共健康问题。

但是，世界卫生组织在 20 世纪 90 年代引入的疾病衡量方法显示，死亡人数仅仅只是精神疾病这座庞大冰山显露出来的一个小角。其中一个衡量标准是伤残所致生命年损失——将病情的普遍情况与病情在发展过程中导致的患者虚弱程度相结合。由于精神疾病经常发病时间相对较早，它所导致的总损失年数很高——在参评国家中，平均占据了伤残所致生命年损失总数的 20% 以上。根据这一衡量标准，它已经成为亚太地区第二大健康问题。

还有一种更常用的衡量标准——伤残调整生命年，将伤残所致生命年损失和早夭损失的寿命年相结合。根据此标准，国家统计数字更低一些，但在参评国家中，精神疾病平均仍占据总疾病负担原因的 9.3%。

除全球疾病负担调查外，其他研究的数字也显示了该问题的普遍性。目前尚无比较数据，但在参评国家中，任何年份中成年人口患有可诊断的精神疾病的比例为 4%（新加坡）到约 20%（越南、泰国、新西兰和澳大利亚）不等。[3]

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

由此而产生的经济成本是巨大的。在这方面，我们仍缺少比较数据，但哈佛大学的一项研究估计，在 2012 年到 2030 年期间，这些病情将导致中国和印度的生产力降低分别逾 9 万亿美元和逾 2 万亿美元。与此同时，根据澳大利亚和新西兰皇家精神病医生学院 (New Zealand College of Psychiatrists/RANZCP) 的统计，精神疾病每年造成的预估总损失——从治疗到工作生产力丧失——在去掉与服用类鸦片相关的精神疾病后，在澳大利亚占据了国民生产总值的 3.5%，在新西兰则占了 5%。这些数字和全球其他发达国家相近。[4]

这些关于人力和经济损失的评估显然过低。例如，全球疾病负担数据将自我伤害和精神疾病分列，尽管两者具有明确的联系：仅举一例，韩国政府的一项研究发现，自杀尝试者中有 75% 的人患有至少一种精神疾病。[5] 这导致我们对于死亡率负担的理解出现了大幅偏差。在参评国家，自杀造成的死亡远比归因于精神疾病的死亡人数要多（参见图表）。的确，在自杀率非常高的韩国和日本，该原因分别占据了整个年龄调整死亡总数的 4.8% 和 4.3%。在韩国，自杀人数与糖尿病和慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease/COPD) 致死人数不相上下。在财政方面，仅韩国本身 2012 年由于自杀造成的总经济损失（包括治疗和所有间接成本，如丧失经济活动能力）就高达 59 亿美元，稍低于该年度国民生产总值的 0.5%。[6]

表 1：2013 年导致的死亡人数（年龄标准化）

	精神疾病	自杀
韩国	0.41%	4.76%
日本	0.18%	4.31%
台湾	0.42%	2.76%
香港	0.41%	2.25%
澳大利亚	1.03%	2.12%
新西兰	0.38%	2.09%
新加坡	0.05%	1.96%
印度	0.10%	1.89%
泰国	1.20%	1.85%
中国	0.39%	1.25%
马来西亚	0.55%	0.89%
越南	0.34%	0.75%
巴基斯坦	0.07%	0.42%
菲律宾	0.43%	0.42%
印度尼西亚	0.14%	0.29%

来源：世界卫生组织疾病负担数据*

与这种情况相似的是，即便在医疗保健覆盖广泛的发达国家，严重精神疾病患者的预期寿命也比普通人口低 13 到 30 年，主要死因是其他非传染性疾病 (non-communicable disease/NCD)。造成这一现象的因素包括患者会进行高风险活动：澳大利亚最近的研究表明，在重度精神障碍患者中，有 48% 的人过胖，有 66% 的人吸烟。在过去十多年中，尽管人口总数有所下降，但其中吸烟者所占的比例没有任何变化。[7] 综合医疗服务资源不够到位也是一个问题。澳大利亚最近的另一项研究发现，差距正在扩大。[8]RANZCP 估算，在澳大利亚和新西兰，仅早夭本身造成的社会损失就占了国民生产总值约 1%。[9]

多元化地区面临的共同问题

简而言之，正如巴基斯坦非政府组织人类发展研究基金会 (Human Development Research Foundation) 主管 Siham Sikander 所说，精神疾病“是一个严重的公共健康问题，给整个地区带来巨大的负担。”但是，精神疾病最严重的区域在哪里，以及其是否正在增长，取决于具体的衡量指标。

如附表所示，在此类疾病的患者中，人均年龄标准化的伤残调整生命年数字保持了出乎意料的稳定。在 1990 到 2013 年期间，每个参评国家的年均变动率均低于 0.7%，而且通常远低于这一比率。这并不意味着数字背后的复杂情况在统计期间没有任何变动。仅举一个例子，在这几十年里，有几个国家由于自然灾难而必须应对大量的创伤后精神紧张症案例。[10] 尽管如此，整体的年龄标准化健康负担仍然保持了稳定。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

表 2：每 10 万人口中由精神疾病造成的年龄标准化伤残调整生命年

	1990年	2000年	2013年	1990-2013每年变化
澳大利亚	3,058	3,138	3,138	0.11%
新西兰	2,805	2,838	2,818	0.02%
新加坡	2,418	2,420	2,405	-0.02%
香港	2,328	2,419	2,364	0.07%
泰国	2,018	2,259	2,347	0.66%
巴基斯坦	2,289	2,300	2,315	0.05%
马来西亚	2,226	2,271	2,230	0.01%
印度	2,149	2,177	2,191	0.08%
中国	2,140	2,114	2,035	-0.22%
菲律宾	1,942	1,982	2,006	0.14%
韩国	2,135	2,043	1,970	-0.35%
日本	1,972	1,956	1,973	0.00%
印度尼西亚	1,861	1,876	1,885	0.06%
越南	1,822	1,840	1,856	0.08%
台湾	1,858	1,858	1,855	-0.01%

来源：世界卫生组织疾病负担数据*

考虑到这些国家中有很多都经历了快速的经济增长，并由此引发了其他的流行病学变化，这一接近停滞的趋势就更值得关注了。毋庸置疑，经济发展所依赖的具体实现途径能够影响精神健康。韩国国家精神卫生中心 (National Centre for Mental Health) 主管 Sung-Ku Choi 博士说，尽管韩国自杀率高的原因错综复杂，但该国固有发展模式所造成的急剧文化变革和对学生个体的激烈竞争压力毫无疑问扮演了重要角色。但是，总体而言，经济变化对于全国总体的伤残调整生命年数字几乎没有影响。

与之类似的是，国家发展水平似乎与之没有关联。台湾和越南的统计数字几乎相同，香港和泰国也一样。不同国家由于具体国情不同，发病率的特征迥异，但总体而言，除澳大利亚和新西兰外，各国的伤残调整生命年统计数字大多都在一个较小的范围内。

但是，年龄标准化的人均衡量结果不够全面。例如，对中国和印度的一项最近研究发现，即使在统计数字保持稳定的地区，样本人口所发生的变化仍对医疗体系所面临的总负担产生了深远影响。例如，在 1990 到 2013 年期间，印度由于精神分裂症导致的伤残调整生命年总数升高了逾 70%，原因是人口增长和老龄化，即使年龄标准化数字基本保持不变。[11]

更为普遍的是，在很多参评国家，由于精神疾病导致的伤残调整生命年总数所占的比例已经平均从 6.8% 上升到了 9.3%。伦敦经济学院国际精神健康教授 Vikram Patel 博士解释道：“在国家经济转型的过程中，你会发现由于精神疾病导致的疾病所造成的负担比例也在增加。但这并不意味着改善经济状况会提高精神疾病的发病率。这通常是由于传染疾病所造成的相对负担降低引起的。”

恰恰相反，精神疾病的相对比重的上升反映了针对其他医疗状况取得的进展更为快速。这意味着，尽管精神疾病对个人的总体风险并无大幅变化，但它对公共健康的挑战正在日益紧迫。

大部分需求未能满足，情况日新月异

比起亚太地区沉重的精神疾病负担，还有更令人担忧的事情——引用墨尔本大学亚澳精神卫生协会联合主任 Chee Ng 的话，就是“在消除医疗缺口和提升治疗普及率方面，我们还有很长的路要走。”Sikander 博士解释了巴基斯坦的残酷现实：“在一个 2 亿人口的国家里，仅有 600 名精神病医生，训练有素的精神病护士还要更少一些。”因此，需要治疗却没有寻求或未能获得治疗的患者所占的比例——我们称之为“治疗缺口”——是相当巨大的。

无独有偶。在中国，有 92% 的严重精神疾病患者没有接受治疗；在印度，这一数字约为 90%。[12] 富裕国家的情况截然不同，但仍有很大的完善空间。在新加坡，有 57% 的广泛性焦虑症患者没有接受治疗，60% 的重度抑郁患者没有寻求治疗。[13] 这些数字与全球大多其他地区一致，发达国家精神疾病的治疗差距通常高于 50%，在很多低收入国家这一差距则接近 90%。[14]

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

现在人们广为接受的最佳实践认为，精神疾病护理不应该在与社会相隔离的机构中进行，相反的，医疗护理应该尽可能在社区内进行

尽管接受治疗的患者少之又少，对于合适的治疗方式的本质却一直存在争议。最近几十年，传统观念面临了两种相互影响的根本观念的冲击。第一个与治疗位置相关。现在人们广为接受的最佳实践认为，精神疾病护理不应该在与社会相隔离的机构中进行，相反的，医疗护理应该尽可能在社区内进行。这对于接受治疗的个人更为有利。与社会隔离的大型机构往往照顾不周，提供的治疗严重不当；即便在运行良好的机构中，受控环境下的患者病情进展也无法满足再次融入社区的需求。此外，对卫生体系而言，门诊和社区治疗要比大型医院便宜得多。

在这些条件下生活的患者通常需要专业的社会、住房和就业服务

第二个转变是精神健康护理的本质。由于大多数情况下精神疾病的基本病因无法治愈，传统护理关注的是消除身体症状，常用疗法是药物治疗。这种方法被称为生物医疗护理模式。在最近几十年里，另一种范式——生理心理社会模式——开始流行起来。该模式认为，精神疾病来源于各种互相融合的生理、心理和社会因素。因此，治疗方法不应依赖于单个专家，而应由一个多学科团队提供，包括精神病医生、心理学家、专业理疗师、社工和其他符合患者需求的专家。

不仅如此，这种协同努力的目标并非消除症状，而是“恢复”或试图帮助受精神疾病影响的患者获得其自身认为合理的生活质量和独立官能水平。经常被援引的“康复”定义是“一个改变个人态度、价值观、感受、目标、技能和 / 或角色的极度个性化的、独一无二的过程。它是一种生活方式，让患者可以在疾病限制下仍能够过上满意、充满希望和回报社会的生活。康复要求患者克服精神疾病的灾难性影响，并发掘生命的全新意义和目标。”[15]

这两种转变都需要医疗系统从内部和外部进行大幅、复杂的文化和结构变革。这一变革过程在西方国家中的美国 20 世纪 60 年代就已经开始了，然后在 70 年代扩展到了西欧、澳大利亚和新西兰。在澳大利亚和新西兰，实际的去机构化在被制定为正式政策时早已开始了，到 20 世纪 90 年代已经大致完成。[16]

就官方而言，所有亚洲参评国家现在都致力于推进社区治疗。但是，我们稍后会讨论到，上述观点和变革在高收入国家的采纳明显更加缓慢，在中等收入国家这一过程则尚未真正开始。[17] 与此同时，由于亚洲文化更崇尚公有制，因此在从强调个人主义的西方社会引入该转变中一些涉及较强政治和个人元素的部分时进度更加缓慢，比如患者倡导和康复的理想状态。

最后，医疗并非唯一未满足的需求。新西兰精神卫生基金会前战略、倡导和研究主任 Hugh Norriss 说：“很多人去精神病机构时仅仅是因为临床问题，但最终可能发展为社会问题。”因此，精神病症患者一般都需要专业的社会、住房和就业服务。

简言之，在发展中国家，这些服务非常稀有，详细情况将在后面讨论。社会和住房援助的受益人通常是家庭成员。尽管这正是患者渴望的，但很多患者最终还是流落街头或被机构收养。北京大学精神卫生研究所教授马弘教授解释说，精神病医院的患者“因为无家可归、没有工作、一无所依，因此为了活下去 [而不是出于医疗原因]，他们必须待在医院里。”这种情况并不罕见。一些更好的医疗机构能够自行提供就业机会，如医院附属农场。更富裕的国家通常都提供不同程度的社会和就业服务，但这些服务会占用大量资源并需要复杂的协调工作。

人们的关注日益提升，但实践是否有所改观？

精神疾病造成的健康负担无可辩驳，治疗差距不容忽视，护理水平亟待提升，这些问题在亚太地区并未被忽视。墨尔本人口和全球健康学院全球和文化精神卫生部部长 Harry Minas 博士说：“与过去 5 年或 10 年相比，人们对精神健康的关注度已经有了大幅

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

提升。在整个亚太地区，忽视此问题可能带来的损失正在越来越为人所知。政府意识正在觉醒。”

一个正面的结果是，国内和国际政策和立法都已经作出了应对。部分地区国家已经在全球舞台上参与了该问题。世界卫生大会最近在相关领域作出了令人瞩目的努力，并在印度的成功倡导下将精神疾病纳入了其他非传染疾病的范畴，印度乔治亚全球健康研究所研发副主任和主管 Pallab Maulik 博士认为这是激发他的国家自豪感的转折点。与此同时，世界卫生组织的西太平洋区域办事处在 2015 年发布了详细日程表和明确目标，旨在落实世界卫生组织的 2013-2020 年全球精神健康行动方案，该办事处包括了 15 个参评国家中的 10 个。

国际社会的努力远不止常见的全球健康行动。自 2011 年起，东盟就已经成立了一个多政府的精神健康行动小组，旨在鼓励为精神疾病患者提供更好的医疗和社会心理服务，并分享最佳实践。亚太经合组织虽然是一个经济组织，但其最近也发布了 2014-2020 年健康亚太精神健康促进路线图。本年早些时候，亚太经合组织还开始了与世界银行和世界卫生组织的合作，进一步强调精神健康在全球发展日程中的重要性。

不同亚太国家也已经开始了实质的立法和政策制定。在过去几年里，最引人瞩目的努力成果当属中国的首部精神卫生法（2012 年）、印尼立法在 2014 年的现代化革新，以及印度在 2014 年制定的首部精神卫生政策。现在，在所有参评国家中，只有菲律宾和越南在此领域尚无立法。更富裕的参评国家在精神卫生法律和政策方面通常有着悠久的历史，但有些国家，尤其是亚洲高收入国家，近些年明显加快了活动步伐。这样的案例有很多，例如，日本在 2013 年宣布精神疾病为五种重点疾病之一。日本国家神经病学和心理学中心的前精神卫生政策和管理主任 Tadashi Takeshima 博士坚信该政策“将加速日本精神卫生改革在未来的发展”。

但是，关于该活动在实践中的效果仍然存在广泛的疑问。Ng 教授的见解和很多人类似，“我们都知道，法律到位并不意味着基层会自动变革。法律落地可能仍有缺陷：配套资源并不总是满足法律需求。”这种情况并不局限于发展中国家，他补充道。此外，由于配套能力缺乏，所投入的资金并不能保证妥善使用——在中等收入国家该问题尤为普遍。最后，我们稍后会详细讨论到，即在资源充裕的情况下，精神卫生法律和政策还必须应对社会上的负面态度，因为这些态度不会因为法令要求就很快消失。

尽管政策制定者和其他相关方正在努力将理想转变为现实，亚太地区依然面临着广泛的挑战，问题依旧呈现多元化态势。因此，经济学人智库制定了亚太精神健康整合指数，将其作为工具，帮助感兴趣的相关方了解 15 个参评国家中精神疾病患者当前治疗措施的优劣所在，并提出可能的改进方案。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

数字说明

简介部分描绘的精神疾病负担状况大致准确，但存在严重的数据问题，因此很多具体细节比较模糊。

最显著的问题是，数据经常缺失，尤其是在经济欠发达国家。在东南亚大部分地区，包括几个参评国家中，对七大高度流行的精神疾病并无调查；就该地区整体而言，关于抑郁和焦虑的调查也仅覆盖了约 15% 的人口。在南亚，这一问题更为严峻，此类调查的覆盖率平均只有人口的 5%。[18] 正如 Maulik 博士所言：“对于中低收入国家，当前可用的研究严重不足。在我们没有数据的国家中，存在很大的差距和变动。”因此，国家统计数字严重依赖于几项调查中的模型，其中如有错误，则会在多次估算中在不同国家中重复。

即便偶有更高优先级的公共健康问题涉及精神健康的其他情况，也很少收集相关数据。Ng 教授回忆说，他曾经参加过一个关于围产期精神健康的项目。当时他曾期待对东南亚地区的母婴健康的大力重视可以引发人们对于错综复杂的重要产后抑郁问题的关注。恰恰相反，在越南境外，他几乎没有发现任何关于该症状的任何已发布数据。

可以预测的是，更富裕的国家通常数据更完善，尤其是关于重度抑郁、焦虑症和精神分裂症的数据，但仍存在严重缺陷。一项 2013 年的综合文献回顾发现，除澳大利亚和新西兰外，在高收入亚太国家，关于轻度抑郁和躁郁症的流行性调查平均只覆盖了不到 5% 的人口。[19]Patel 博士解释说，的确如此，不同情况下的数据可用性有明显差异：例如，他说：“在亚洲，没有任何国家做过真正基于人口的自闭症流行性调查，尽管第一份关于该问题的印度调查即将发布。”

流行性数据，无论是多么基础的数据，都仅仅是个开始。例如，在新西兰，Norriss 博士说：“我们没有关于结果的综合数据。我们有输入数据，但很难弄清楚治疗究竟产生了多少效果。”这是一个普遍问题，根据 Ng 教授的说法，即便在亚太地区除了澳大利亚以外的其他发达国家，“我们也只是知道问题有多严重，但缺乏可靠的结果数据。”

这些数据缺失应该引起不止学术界的关注。在政策层面，Fung 博士说，“政策制定者由于缺乏信息，很难行动。”治疗质量也受到了影响。Choi 博士解释说，在韩国，证据基础不足导致了治疗方法的标准化程度很低：“每家医院都有自己的实践标准。”政府建立新的国家精神卫生中心的主要目标之一就是收集最佳实践标准化所需的信息。

Minas 博士评论说，积极的一面是，使用伤残所致生命年损失、伤残调整生命年和死亡率衡量的精神疾病的影响结果存在巨大差异说明，在该地区“所有国家都意识到了疾病负担的衡量标准，且正在努力完善数据。”尽管如此，前路依然漫长。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

2 亚太地区精神健康综合评价指标与评价结果

该指数分 18 个不同领域（指标）对亚太地区的 15 个国家进行了评估和排名。这些指标对于协助精神疾病患者在社区中过上充实的生活都非常重要。这些指标可分为四类：环境（政策能否协助精神疾病患者获得具备稳定住所和家庭生活的能力）；可及性（健康服务的存在和易得性）；机会（政策能否帮助精神疾病患者获得就业机会）；以及治理（在降低歧视、提升认识以及倡导精神健康服务用户人权方面所做的努力）。这些单项分数会汇总为一个总体分数。如需详细了解指数的构建方法以及评分体系，请参照附录 2。

设立指数的宗旨并非武断地确定各国优劣，而是促进讨论，深入了解各国现状、如何改进，并推动最佳实践在参评国家中的共享。附表显示了分类和整体结果。

通过对结果的观察，我们可以得出几个重要结论：

在多元化的大环境下，存在一些有序的孤岛：指数分析结果有两个方面非常令人震惊。首先是指数所呈现出来的国家表现差距非常之大。这在“机会”指标上表现的最为明显，其中有两个参评国家得了满分，两个国家得了零分。尽管形式和其他指标相比没那么严峻，表格最顶端和最低端的永远有着巨大的差异。就总分而言，该指标为 81.9 分，而在 2014 年对两倍以上数量的欧洲国家进行的类似指数衡量总分仅有 60.6 分。

这些巨大的差异是可预测的。Minas 博士说，“亚太地区覆盖地理广泛，在经济发展、历史、政府体系和文化方面非常多元化，其复杂程度远超人们的想象。”

尽管有着众多巨大的差异，在总体和单个指标排名上仍可清晰分出四个组别：

1. 新西兰和澳大利亚；
2. 亚洲高收入国家（台湾、新加坡、韩国、日本和香港）；
3. 中高收入国家（马来西亚、中国和泰国）；
4. 中低收入国家（印度、菲律宾、越南、印度尼西亚和巴基斯坦）。

这并非偶然。相同组别内的国家在协助精神病患者融入社会的过程中所面临的挑战是类似的，但与其他组别相比则经常在程度而非形式上差异很大。因此，本报告没有试图描绘一幅泛亚太地区的总体图景，因为这样的描述必然混乱不堪。相反，本报告依次对每个组别的情况进行了研究。

但在开始之前，需要指出其他几点关于指数分数的一般性问题。

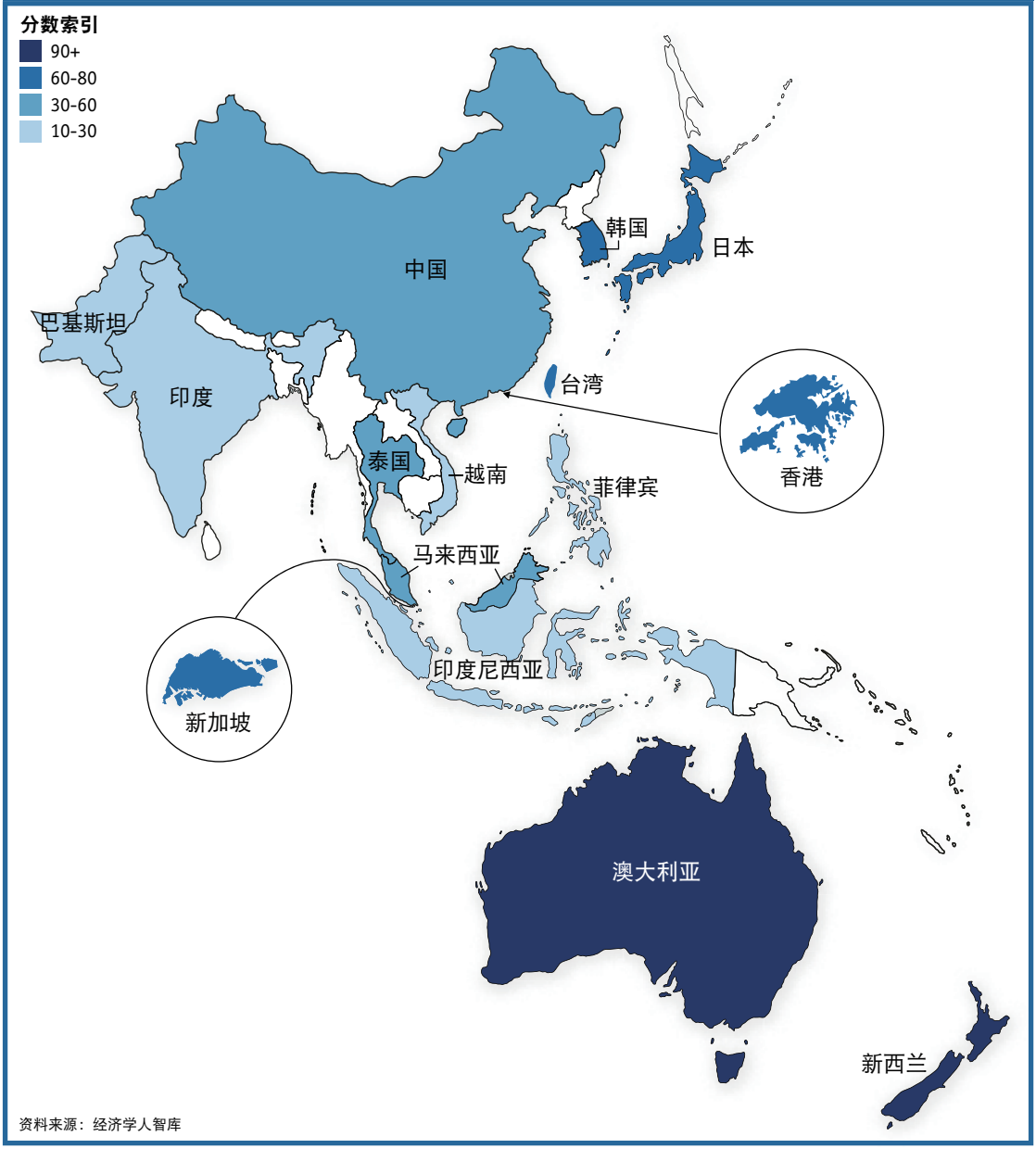
领先国家并非完美，也不是创新的垄断者：考虑到新西兰和澳大利亚在这个领域的相对优势，它们的高分是合理的。尽管如此，这些国家的专家仍指出了几个一直存在的缺陷。下文会讨论到，两个国家都面临着重要的问题，包括服务多变性和协调问题。此外，新西兰还存在非自愿治疗比例过高的情况。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

总分

排名	国家/地区	得分
1	新西兰	94.7
2	澳大利亚	92.2
3	台湾	80.1
4	新加坡	76.4
5	韩国	75.9
6	日本	67.4
7	香港	65.8
8	马来西亚	54.1
9	中国	45.5
10	泰国	44.6
11	印度	29.4
12	菲律宾	25.5
13	越南	20.6
14	印度尼西亚	16.7
15	巴基斯坦	12.8

总分



资料来源：经济学人智库

此外，即便是良好实践的结果也未能达到预期。尽管澳大利亚在就业机会指标上取得了满分，Minas 依然指出，出于多种原因，“为严重精神病患者提供可持续的有尊严的就业机会在取得实际成就方面仍面临重大挑战。”

无独有偶。Sikander 博士尽管对巴基斯坦排名最后毫不吃惊，但仍希望该情形能立即有所改观。在具体落实上，卫生部根据《精神健康差距行动方案》的规定，正在四个省的不同地区试验一个项目。该项目将培训医生和其他初级护工，以便能识别九大精神疾病并提供基本治疗。该项目成功后，会在全国大部分地区推广。

富裕程度很重要，但并不意味着一切：研究结果中的四个国家组别揭示了国家富裕程度（或按人均国民收入总值计算的收

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

入）和国家对精神疾病患者支持力度之间的关联。

尽管如此，这种关联仅仅是片面的。例如，新西兰的人均国民生产总值和韩国大致相同，不到新加坡的一半。在精神健康上的直接政府花销也不能完全解释结果差异。根据 2014 世界卫生组织精神健康地图，巴基斯坦在本国每年人均花费为 0.01 美元，而新西兰的花费则达到了 184.63 美元——这一差异也体现在了指数分数上。而韩国和日本的数据分别是 44.81 美元和 153.70 美元，这说明在解释韩国的高排名时还需要考虑非经济因素。

但是，如需更好地了解一些重要的非经济因素如何影响亚太地区不同国家在处理精神健康负担和患者社区融合方面所取得的成果，我们需要详细分析依照指数结果分类的每个国家组别面临的挑战和表现。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

欧洲和亚太指数的相似和差异之处

亚太地区是经济学人智库开发经济健康整合指数的第二个地区。2014 年，经济学人智库开发了欧洲指数，包括了 30 个国家。在设计上，这两个指数的类别和指标是完全相同的。但不幸的是，由于评分的技术差异，亚太和欧洲国家之间的直接比较结果是无效的。但是，我们可以从更广义的层面上查看两次研究的相似和不同之处，并藉此阐明在全球范围内将精神病患者融入社区所面临的挑战。

两次研究的很多发现都是类似的。在欧洲和亚太地区，更富裕的国家表现更佳，但其配套能力也更好。德国、英国和斯堪的纳维亚等领先的欧洲国家，在克服困难建立以社区为中心的一体式护理方面付出了持续、悠久的努力。此外，它们都认为该任务是多维度的，因此每个类别的得分都很高。因此，它们的表现与新西兰和澳大利亚非常相似，这两个国家和欧洲的指数领先国家几乎是在同一时间开始了从机构化护理到以社区为中心、以康复为目标的护理体系的转变。

另一个共同的教训是，这种转变仍然路途漫漫。甚至去机构化都远未完成。和日本、韩国和台湾一样，在大多数欧洲参评国家，包括前 10 名中的 4 个国家，长期住在精神病医院的患者都高于以社区为中心的治疗的患者人数。从更广泛的角度而言，两个指数体系下的每个国家都仍需要找到更好的方式来整合不同的医疗方式，并协调医疗服务和就业、住房和其他服务，从而更好地服务于精神疾病患者。

但是，这两个指数体系下的国家之间最显著的差别在于文化方面。在西方，推动以社区为中心的护理和康复的驱动力源自患者个人的尊严和愿望。这并非偶然。欧洲的去机构化先驱，包括最有名的意大利的民主心理学运动创始人 Franco Basaglia，都是人权卫士。他们缺乏切实的证据来证明医院外护理的效果更佳，因为之前从未有过这种尝试，但他们深信，精神病医疗机构中普遍存在的人权迫害对患者的精神会造成伤害，而且从伦理上令人反感。

这些原因在亚洲也不罕见。国立台湾大学的张书森博士评论道，尽管“表面看来没那么明显”，台湾在 30 年前的民主化变革对社区治疗的改善产生了广泛的间接影响。“它增强了人们的人权意识，包括精神疾病患者的人权，”他补充道。但这一情况并非普适性的。Minas 博士评论说，“亚太地区的一些政府对外界的人权指责非常紧张。”

更为普遍的是，为维护精神疾病患者利益或由精神疾病患者发起的宣传活动依然很少见，即便在高收入的民主化亚洲国家。根据 Fung 博士的说法，该情况的很大一部分原因是由于，“亚洲人很不习惯分享”他们罹患精神疾病的事实。在其他文化中，这种沉默的态度已经逐步完善，但将最核心、高度个人化的康复概念引入亚洲文化则较为复杂。亚洲文化在个人自由、家庭或更广泛的社会义务之间的平衡点与西方不同，因此对于充实的个人生活或追求这种生活的意义的解读可能迥然不同。Tsutsumi 博士解释说，例如，因为亚洲文化非常强调融入社会，患者的实际共同关注点可能更多的是消除症状和被“治愈”，而不是希望开始全新的生活。最后，人们对于康复的概念也存在很多重要差异。[20]

一项 2013 年的研究认为，“康复这一概念的发展和落地在大多数亚洲国家仍处于启蒙期，”并指出香港当时甚至没有该术语对应的正确的中文翻译。考虑到上述情形，这一点不足为奇。[21]

文化并非是不可变的。随着亚洲国家在推进社区治疗方面的进展，吸收西方概念并融入当地习惯将是值得研究的精彩一幕。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

3 指数排名

领先国家：新西兰和澳大利亚

指数结果显示，新西兰和澳大利亚毫无争议地远远领先所有其他国家。它们的总分占据前两位，在每个类别也都排名前两位。进一步观察的结果是一样的：在几乎每个指数指标或子指标中，这两个国家至少有一个占据第一名或者共享第一，例外的是协作政策的程度和精神病医生数量。即便在这两个指标上，两个国家也都排在前四名。这一结果和专家的一致意见相符合：正如 Tsutsumi 博士所说，这样的结果“并不令人吃惊。新西兰和澳大利亚在将精神疾病患者融入社区方面似乎要成功得多。”

从国外观察者的角度来看，如新加坡心理健康协会总裁 Daniel Fung，其成功的主要因素很明显：在精神健康服务方面投入的

总分

2016 年精神健康指数 —— 总分

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.7
2	澳大利亚	92.2
3	台湾	80.1
4	新加坡	76.4
5	韩国	75.9
6	日本	67.4
7	香港	65.8
8	马来西亚	54.1
9	中国	45.5
10	泰国	44.6
11	印度	29.4
12	菲律宾	25.5
13	越南	20.6
14	印度尼西亚	16.7
15	巴基斯坦	12.8

资料来源：经济学人智库

1. 环境

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	90.0
=1	新西兰	90.0
3	台湾	81.7
4	韩国	75.0
=5	香港	73.3
=5	新加坡	73.3
7	马来西亚	71.7
8	日本	65.0
=9	中国	60.0
=9	泰国	60.0
11	印度	50.0
12	越南	40.0
13	菲律宾	33.3
14	印度尼西亚	25.0
15	巴基斯坦	15.0

资料来源：经济学人智库

2. 机会

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	100.0
=1	新西兰	100.0
=3	日本	88.9
=3	台湾	88.9
=5	新加坡	72.2
=5	韩国	72.2
=7	香港	61.1
=7	马来西亚	61.1
9	中国	38.9
10	泰国	22.2
11	印度	16.7
12	巴基斯坦	11.1
=13	印度尼西亚	0
=13	菲律宾	0
=13	越南	0

资料来源：经济学人智库

3. 治疗可及性

排名	国家/地区	
1	澳大利亚	96.9
2	新西兰	95.8
3	韩国	82.7
4	新加坡	81.5
5	台湾	77.8
6	香港	72.9
7	日本	58.6
8	马来西亚	43.6
9	泰国	37.0
10	中国	27.4
11	菲律宾	26.9
12	印度尼西亚	20.2
13	越南	10.3
14	印度	10.0
15	巴基斯坦	0.5

资料来源：经济学人智库

4. 治理

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.9
2	澳大利亚	84.9
3	新加坡	77.0
4	台湾	75.6
5	韩国	72.1
6	日本	65.6
7	香港	53.9
8	中国	53.3
9	泰国	50.3
10	马来西亚	42.6
11	印度	35.9
12	菲律宾	31.9
13	越南	24.0
14	巴基斯坦	23.8
15	印度尼西亚	15.1

资料来源：经济学人智库

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

大量资源。在新西兰，这方面的年均投入从 1993/94 财年的 2.7 亿美元增长到了 2010/11 财年的 12 亿美元，占健康预算的 10%。绝大多数 (76%) 的预算投入了以社区为中心的治疗服务。这样的投入使获得治疗的可得性大幅增加。例如，从 2002 到 2009 年间，专家的使用率提升了 51%。同样的，从 1992/3 年到 2010/11 年，澳大利亚国家和州政府在精神健康护理服务上的总花销按实质计算增加了 178%，相关医疗和社工人员人数平均提高了 35%。[22]

尽管资源非常重要，这些国家的本土专家在解释其领先地位时却首先强调了其他因素。最重要的因素是长久不懈的努力。Minas 博士解释说，“澳大利亚和新西兰推进 [精神健康服务方面的] 改革已经有数十年了。”长久努力带来的这部分优势是亲眼可见的。Minas 补充说，“向以社区为中心的治疗方式转变经历了很长时间，包括法律架构、财务和支付系统的就位。”

文化上的转变融入医疗体系需要时间

Minas 博士说，另一个需要长久努力的成功要素“是文化上的转变，只有这样人们在社区环境里与精神障碍患者一起居住时才会感到更为舒适。”Judi Clements 是新西兰精神卫生基金会前首席执政官，也是新西兰非政府机构、政府联盟和消费者反歧视团体 Multi-Agency Group 现任主席。她对此表示赞同。“认为精神疾病患者应该从社会隔离、并在偏远的地方接受护理等此类广为接受的看法可能没有什么切实依据，但转变这些观念却需要重大的社会变革，短时间内很难实现。”歧视依然存在，但已经明显减少。[23] Norriss 先生继续说道，“我们在文化转变上已经取得了很大进展。二十年前，精神疾病被视作非常偏激和耻辱的疾病，而现在人们却非常愿意讨论这一问题。”

文化上的转变要融入医疗体系也需要时间。例如，从 1998 年开始，所有新西兰的精神健康服务都被强制要求采用以康复为目标的治疗方法。但这一转变最初遭遇了来自医学界的一些抵抗，执业医师和患者完全理解这一做法则花了更长的时间。[24]

指数中的领先国家和其他国家的最后一个关键区分因素是对于结构和文化转变的需要：将更多的利益关系人整合到服务供应中。

这些利益关系人中，最重要的是精神疾病患者本人，又被称作消费者，紧随其后的是他们的护理人员。在这两个国家中，从 20 世纪 90 年代中期开始，消费者和护理人员的观点在医疗健康和社会护理领域的影响力日益增加。在新西兰，这些驱动因素现在已经整合到了每个层次的决策团体中。[25] 即便在学术研究中，趋势也是朝向研究者和患者之间所谓的“协作生产”。与此同时，Minas 博士说，在澳大利亚，这些团体的参与现在已经成为了“一个显著的特征”。消费者及其护理人员在所有国家精神卫生和顾问团体中发挥作用已经有一段时间了。截至 2011 年，在四分之三的地方和国家服务性组织的管理上他们都已经有了正式决定权。[26]

这些团体带来了巨大的价值。Norriss 先生指出了只有具备消费者视角才能提出的几点重要的深刻见解：例如，“这些见解能够针砭以医院为中心的政策给患者带来的害处，并告诉人们康复所需的一些方法。”

此外，新西兰在为精神疾病患者提供服务时也从非政府组织的强势存在中获益良多。目前，共有数百家此类组织收到了 24% 的国家精神卫生开销，并且“通常而言，居住在社区的精神障碍患者由公共部门的精神健康团队提供治疗，但日常支援则是由非政府组织提供的。”[27]Norris 先生说，这一情形源自政府对于第三方组织的强力政策支持，包括资金和培训。与国有团体相比，这些本地非政府组织通常能更好地接触社区资源，为用户所需的服务提供社会支持。

但是，新西兰和澳大利亚的指数分数很高是相对于其他国家而言的，包括一些经济发展落后得多的国家。它们对于精神疾病

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

患者的服务提供远不完美。例如，在澳大利亚，治疗差距一直在显著缩小，但仍然超过 50%。此外，和其他更富裕的国家一样，得到“最低充分治疗”的患者人数偏低——焦虑症和情感性精神障碍患者接受治疗的比例仅为 16%。[28]

但是，除了一些基本的缺陷外，这两个国家在精神健康方面所面临的问题均涉及到如何确保发挥系统优势，以一致的方式为所有人提供服务。在某些情况下，这需要在不完美的环境下采取权宜之计。Minas 博士指出，为精神疾病患者提供住宿的一个主要困难是“大城市的住房价格飙升。住宿对没有健康问题的人们也是难题。”在这种情况下，住房政策取代健康成为了合理的标准。

但是，精神健康护理服务方面仍存在一些关键的缺陷。两个国家在护理方面都存在巨大的地理差异。此外，根据国家花费的差异来判断，地理差异在澳大利亚过去几年里变得更加明显。[29] 在农村地区，医疗救济形式严峻，改进已经刻不容缓——这在每个参评国家都是一个共同问题，只是特性有所不同 [参见表单]。

类似地，土著民族的精神健康服务使用率和治疗结果往往更差，对于精神健康这一概念的不同理解使得国家有必要为这些群体专门设计相关服务。[30] 该问题在两个国家成为政策焦点已经有一定历史了，但正如 Norriss 先生对新西兰的评论一样，尽管“我们在提升对土著人口的响应方面已经取得了进展，统计数字显示他们仍处于不利地位。还有很多工作要做。”

这两个国家所面临的问题均涉及到如何确保发挥系统优势，以一致的方式为所有人提供服务

两个国家的另一个共同问题是找到一个完美协调、完全一体化的方法，帮助精神疾病患者融入社区生活。在本地服务提供方面，新西兰存在一些问题，但正如 Norriss 先生所言，“不同地区的健康委员会的问题不一样，”而且非政府组织在这方面的广泛参与使得对有效的协作模式的试验成为了可能。但是他说，在更广阔的政策层面上，“在理解如何制定合理计划、照顾所有必需的社会、心理和文化因素方面，我们还有很长的路要走。”

在澳大利亚，该问题根源更为深入，也更系统化。宪法将不同治疗要素的责任分散到国家、州和当地层面，消费者和非政府组织也在系统中扮演者重要角色，这使得在整个医疗体系内部需要不断地进行协调。但对于精神健康而言，整合的极度重要性放大了这些问题的影响。例如，尽管去机构化已经非常完善，但根据 2010 年西澳大利亚州政府的估算，有 43% 的“专业精神健康医院床位可以撤除，如果住房和其他配套服务到位的话。”[31]

一旦进入社区治疗模式，协调不力则会导致更多的问题。最近的一份高层政府评论对“社区的机构化”提出了抗议。该评论指出，在当前情形下，人们“只能收到碎片化的帮助或根本没有帮助，并且陷入了不健康和生活机会受限的恶性循环中。他们被迫在相互孤立的干预孤岛之间移动，包括医院病房、零散的住房、教育和就业支持系统、以及超负荷运转的社区和非政府服务。”[32]

新西兰在协调方面做的更好，但其问题在于社区治疗令 (community treatment order/CTO) 的使用增加，该治疗令在社区内提供非自愿的治疗。根据国际标准，强制治疗和隔离率过高，并且社区治疗令的使用方法甚至还引起了联合国人权委员会的注意。[33] 讽刺的是，这可能反映了人们在精神健康领域长期努力但忽视的不利的一面。关于社区治疗令的法律限制在推动社区治疗转变的同一部法案中有规定，该法案颁布于 1992 年。尽管该规定在当时非常先进，但最佳实践在多年后已经不同，因此该法案可能需要审核。[34]

然后，指数中的领先国家已经取得了实质性进步，但在以社区为中心的一体化护理的实际问题上仍充满争论。这毫不令人惊奇。这是一次巨大的服务转变，总会存在进一步改进的空间。此外，澳大利亚和新西兰面临的具体问题并非独一无二的：迄今为止，尽

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

管德国在经济学人智库的欧洲精神健康整合指数上排名第一，但其首要缺陷仍然是如何整合其优秀的个人服务。类似地，很多欧洲领先国家面临的问题是更好地协调治疗资源，以及完善边缘化人群和团体的服务。

因此，新西兰和澳大利亚在最近几十年中最重要的转变可能是文化转变——对于精神疾病和精神疾病患者的社会空间的观念转变。这一转变将确保服务落实中出现的实际问题能持续得以解决。

新西兰的“Like Minds, Like Mine”精神卫生项目——反对精神疾病歧视的 20 年

Norriss 先生认为，新西兰在精神疾病患者融入社区方面取得相对成功的背后，关键原因之一是“数十年来的强势反歧视运动”。该运动的核心是“Like Minds, Like Mine”反歧视项目，该项目成立于 1997 年，是全球首个这种国家级项目，此类项目数量正在增加。

该项目的架构反映了新西兰在精神健康服务上的普遍做法。政府通过卫生部和健康促进机构启动项目，然后现在提供持续的资金和监督。一家非政府组织，精神卫生基金会，提供国内协调和沟通服务；多个社区团体则参与到很多当地活动中。与此同时，项目强调在精神疾病方面有经验的人参与进来，负责领导和项目运行。

“Like Minds, Like Mine”的活动分为两个层次。第一个是全国范围内的一系列广告活动。在经历了五个阶段后，广告活动的目的和本质已经变得很宏大。广告的最初目标是引起人们对抑郁症等常见精神疾病的关注。随着时间的推移，广告逐渐倾向于改变公众对于更严重精神疾病的态度，强调康复可能性，对抗对精神疾病的刻板印象，引发人们对于歧视和正面模范行为的关注。[35]Clements 女士认为，这些消息之所以有效，原因在于从一开始，“真正的患者，而不是演员，就已经准备好在电视上谈论他们对于精神疾病的亲身经历”，她认为，这在当时是全球首创。

展望未来，Clements 女士说，该项目在这方面的努力将随着时间推移而改变。她说，项目正在从大众媒体转战社交媒体，因为后者成本更低，也能更方便地将信息传达到目标观众。该项目的另一个著名活动就是支持以社区为中心的项目，通常外包给合作伙伴。项目并不会在基层复制国家层面的活动模式，而是关注关键要素。部分活动有地区特色，如克赖斯特彻奇市的“太平洋珍珠”(Pearls of the Pacific) 项目，关注的是该市的太平洋原著民。其他活动与很多地区的特定团体合作，如公司或警察，以便了解预期相关的问题，或关注精神疾病负担较高或尚未识别的特定目标人口的知识和态度，如土著居民和年轻人。

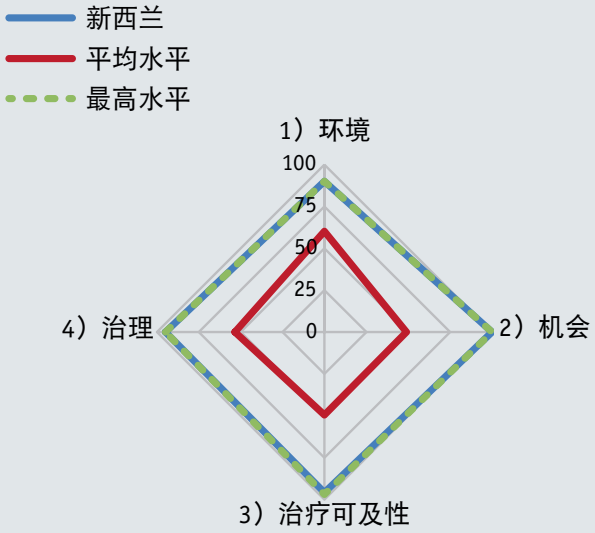
这些工作不断变化而且极具多样性，因此保证其一致性不可避免会带来挑战。Clements 女士认为，“使命漂移”在最近一轮的社区项目资金援助之前就已经出现了：“有相当多的本地团队参与 Like Minds 项目是抱着最好的意图来的，但协调不够清楚，因此并没有专注于应对歧视。”

因此，在 2011 年，项目进行了更新并减少了合作伙伴的数量，但同时扩展了合作伙伴组织的范围，并加强了对反歧视工作的关注。同时，项目提出了一组共同的指导原则，确保所有项目活动的知识一致性：从人权角度出发，声称歧视就是侵犯人权；从残疾的社会模式角度，认定残疾不是个人能力的固有特征，而是由于社会设计而带来的障碍的结果；此外，还描述了被排斥和排除群体之间的接触在推动态度转变方面的力量。

“Like Minds, Like Mine”的战略如果没有效果，则将毫无意义。项目诞生伊始就

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

	排名/15	分数/100
总分	**1**	**94.7**
1）环境	=1	90.0
2）机会	=1	100.0
3）治疗可及性	2	95.8
4）治理	1	94.9



启动了定期影响力评估，并按照评估结果评估项目进度。对歧视的衡量非常困难，而且往往依赖于关于具体态度的代理问题。对于新西兰的重复调查表明，很多人的态度在随着时间已经转变。例如，在 2000 和 2012 年期间，不同意“我与精神疾病患者聊天会感到不适”这一说法的人们所占比例已经从 61% 提升到了 78%。但对于其他问题的回应几乎没有改变。从这些调查总体看来，整体态度转变缓慢，但进展毫无疑问。[36] 服务用户的体验也证明了这种进步。对该组别的一项最近研究发现，48% 的人们说“Like Minds, Like Mine”在过去五年中在消除歧视方面很有帮助，有 22% 的人认为稍有帮助。[37] 当然，这些结果并不完美，但正朝着正确的方向前进。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

亚洲高收入地区和国家：台湾、新加坡、韩国、日本、香港

亚洲高收入国家在该指数上的良好表现与这些国家的财富相符，同样重要的是，它们在政策能力和落地方面的都颇具优势。

这些特性中，首先是先进的综合医疗保健系统和能够提供成熟社会福利计划的政府。具体到精神疾病患者服务方面，所有这些国家在声称存在的外展团队和就业支援服务方面都取得了满分。免费或高补贴治疗、受相关情形影响的人们的经济利益，以及针对非自愿治疗的法律保护也是成文规范，在每个相关指标上，五个国家中有四个符合指标的最高标准，只有一个国家例外，低了一个等级。

亚洲高收入国家的经验揭示了建立以康复为中心的一体化社区治疗体系所需的时间，以及长期承诺的人员需求

毫无疑问地，各国的优势有所不同。当被问及他们的医疗体系在精神健康护理方面哪些地方做的较好时，该组的受访专家都提到了较低的治疗成本，但是：国立台湾大学的张书森博士还指出了台湾长期存在的精神卫生法；Fung 博士提出了新加坡覆盖广泛的住房服务；Choi 博士提出了韩国国家健康保险制度为创新药剂提供的资金支持。

最后，虽然在这些国家和地区在过去几个世纪以来通常一直存在某类的精神卫生政策，但在过去短短的 10 到 15 年里，为了创建以康复为中心的一体化社区精神健康护理服务，都已经开始或大大将强了有意义的努力。

一些关键的政策制定如期标记了每个国

总分

2016 年精神健康指数 —— 总分

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.7
2	澳大利亚	92.2
3	台湾	80.1
4	新加坡	76.4
5	韩国	75.9
6	日本	67.4
7	香港	65.8
8	马来西亚	54.1
9	中国	45.5
10	泰国	44.6
11	印度	29.4
12	菲律宾	25.5
13	越南	20.6
14	印度尼西亚	16.7
15	巴基斯坦	12.8

资料来源：经济学人智库

1. 环境

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	90.0
=1	新西兰	90.0
3	台湾	81.7
4	韩国	75.0
=5	香港	73.3
=5	新加坡	73.3
7	马来西亚	71.7
8	日本	65.0
=9	中国	60.0
=9	泰国	60.0
11	印度	50.0
12	越南	40.0
13	菲律宾	33.3
14	印度尼西亚	25.0
15	巴基斯坦	15.0

资料来源：经济学人智库

2. 机会

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	100.0
=1	新西兰	100.0
=3	日本	88.9
=3	台湾	88.9
=5	新加坡	72.2
=5	韩国	72.2
=7	香港	61.1
=7	马来西亚	61.1
9	中国	38.9
10	泰国	22.2
11	印度	16.7
12	巴基斯坦	11.1
=13	印度尼西亚	0
=13	菲律宾	0
=13	越南	0

资料来源：经济学人智库

3. 治疗可及性

排名	国家/地区	
1	澳大利亚	96.9
2	新西兰	95.8
3	韩国	82.7
4	新加坡	81.5
5	台湾	77.8
6	香港	72.9
7	日本	58.6
8	马来西亚	43.6
9	泰国	37.0
10	中国	27.4
11	菲律宾	26.9
12	印度尼西亚	20.2
13	越南	10.3
14	印度	10.0
15	巴基斯坦	0.5

资料来源：经济学人智库

4. 治理

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.9
2	澳大利亚	84.9
3	新加坡	77.0
4	台湾	75.6
5	韩国	72.1
6	日本	65.6
7	香港	53.9
8	中国	53.3
9	泰国	50.3
10	马来西亚	42.6
11	印度	35.9
12	菲律宾	31.9
13	越南	24.0
14	巴基斯坦	23.8
15	印度尼西亚	15.1

资料来源：经济学人智库

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

家的这一转折点，尽管变化常常提早几年就开始了：在日本，2004 年发布的“健康、医疗护理和精神卫生福利改革愿景”开启了转变历程；在台湾，是 2007 的年精神卫生法；在新加坡，是同一年采纳的全国精神卫生蓝图；在香港，是 2010 年采纳的精神卫生服务计划，该计划在香港的精神卫生综合社区中心 (Integrated Community Centres for Mental Wellness/ICCMW) 展开。对于韩国，很难确定精确的时间，但从 1998 年开始，法律已经强制要求制定一系列的五年精神卫生政策。但是，在 2011-2015 年的计划中，相关活动的范围明显增大。

这些行动并非相互孤立的。从 2004 年起，日本已经重述了其改革愿景，并在 2009 和 2013 年将精神疾病列为重大疾病。新加坡在制定国家蓝图后，在 2012 年制定了社区精神卫生主方案。根据 Fung 博士的说法，新加坡正在酝酿第三阶段的改革，聚焦人口精神健康。韩国 2016-2020 年精神卫生计划覆盖了 100 多个具体实施项目，香港也对于一项综合服务框架的咨询也已经接近尾声，该服务框架旨在为严重精神疾病患者提供更好的医疗和社会服务协调工作。

这些政策变更通常都会受到一些资助。最明显的例子是韩国，该国在 2010 到 2014 年间在精神健康上的花费翻了一番还多。[38] 为了完善服务，这些国家还经常因地制宜地采用国际最佳实践。例如，香港所声称的外展项目是根据荷兰的优质 FACT 项目制定的。[39] 根据香港心理卫生会总主任余健新的说法，的确如此，香港精神卫生服务的最大优势之一就是“我们不断向其他国家学习。”

真实的承诺，带来的是真正的进步。那么，该组别的结果显著低于新西兰和澳大利亚，并且在某些类别下和中低收入国家类似，又该如何解释呢？

亚洲高收入国家的经验揭示了建立以康复为中心的一体化社区治疗体系所需的时间，以及长期承诺的人员需求。Fung 博士评论说，在新加坡国家蓝图发布后接近十年的时间里，“我们的问题一直是开发社区资源：我们正处于初级阶段。我们所投入的时间和金钱如今才刚刚开始出成果。”不仅如此，这些努力通常必须克服根深蒂固的藩篱。Choi 博士对韩国评论道，“我们理解社区精神卫生和去机构化真的很重要，但是达成这一目标非常困难。”

这些国家在建立以社区为中心的精神疾病护理体系的第一个共同问题是，对于最近几年的新增问题，新的政策承诺缺乏足够的系统资源。尽管韩国在 2014 年的前五年中将其精神卫生预算增加了一倍，其在健康总花费中的占比仍只有 2.6%。[40] 在这一方面，根据可以得到的最新数据，没有一个亚洲高收入国家这一比例达到 5%（当然有些数据是过时的），而该比例是世界卫生组织推荐的发达国家最低值。不仅如此，这些钱的大部分仍然流向了医院，而不是以社区为中心的医疗服务。

精神健康劳动力人数也过于稀少。日本在指数中拥有最高的人均精神病医生数量（每 10 万人 20.1 名医生），但其他四个国家的数字均在每 10 万人 2.8-6.9 名医生之间。作为对比，*欧洲精神健康整合指数*的 30 个国家中有 28 个超过了这一数量。这一缺点反映了当前资金的不足，更重要的是，反映了建立足够的人员队伍所需的时间。根据 OECD 数据，在 2004 到 2014 年间，韩国的精神病医生数量几乎增长了一倍。类似地，根据张书森博士的报告，在过去的 20 年里，台湾“训练有素的精神健康专业人员数量有了明显增长，”其中精神病医生数量约增加了两倍。

精神专科医生数量过少导致医疗资源获取困难。香港大多数精神病医生是私人医生，只有几百名受雇于公共的医院管理局。他们的首次约诊等待时间需要排到三年后。[41] 不仅如此，根据余先生所言，他们每次约诊只有持续 5-10 分钟时间。他补充说，即便患者人均服务受限如此严重，香港的精神卫生综

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

合社区中心的“待处理病例仍然堆积如山，工作人员疲惫不堪。”即便在人员更为充足的日本，门诊也经常只持续 10 分钟，最近的研究声称，人员短缺可能孕育一种不良文化——为了保持住院病人安静而使用麻醉剂。[42]

但是，更多的精神病医生可能并不现实，至少并非所有这些国家都能做到。Fung 博士说，“在新加坡，我们已经不再试图匹配 OECD 的专业人员在人口中的占比，因为我们无法以经济的方式维持该占比。”与之相反的是，新加坡试图以最有效的方式使用现有资源，向非精神健康专业人士提供恰当的培训，比如学校顾问，并要求临床医生提供更专业的治疗。

但是，当我们观察精神病医生背后的相关专业时，情况则不容乐观。新加坡在该组别中的心理学家人数最多（每 10 万人 1.6 名），但该数字仅仅是澳大利亚的 40 分之一，不到欧洲平均的 11 分之一。社工人数的情况类似。这对于患者治疗的范围和实质内容都有所影响。根据其定义，一体化治疗所需的多学科团队需要多个学科。

在精神病学方面，变革所需的时间可以解释相关专业的大多数问题。在该情形下，除培训延迟外，另一个主要问题是在整个医疗体系内部升级所有相关政策。在日本，目标是基于康复的团队治疗。但是，尽管日本护士协会已经自己创建了精神病护理认证，政府的心理学家认证预计将在几年内出台，目前尚无心理健康护士和心理学家的官方政府认证。与此同时，张书森博士解释说，在台湾，“心理学家能提供独立服务，但我们的综合健康保险所提供的补偿并不慷慨。这影响了心理学家与精神病医生的比率。”

根深蒂固的体制利益进一步拖慢了体制变革。去机构化的一些问题就是最好的示例

根深蒂固的系统利益进一步拖慢了系统变革。去机构化的一些问题提供了最清晰的案例。迄今为止，日本拥有全球最多的精神病医院床位（2014 年为每 10 万人 266 个床位）。尽管韩国的床位少得多（每 10 万人 98 个床位），但在 2004 到 2014 期间在 OECD 的人均床位增长最为迅速，从低于 OECD 平均数开始，到最后达到了 OECD 平均数的约 1.5 倍。[43]

日本的数字存在一定程度的膨胀，因为其将机构中的痴呆病人长期床位包括在内，而其他国家则将此类床位归类为私立疗养院。尽管如此，去机构化明显尚未起步。2004 改革愿景估计，阻止当时长期占据精神病医院床位的 69,000 名精神患者出院的唯一原因是缺乏在社区中为其提供护理的设施。2009 年的回顾发现，这一数字并未下降，反而上升到了 76,000。[44] 尽管有当年的政策再次推动，OECD 数据显示，床位数据从那时开始没有明显下降。不仅如此，三分之二的床位被住院超过一年的患者占据。[45] 与此同时，以社区为中心的服务尽管存在，却并不普遍。[46]

不同寻常的是，韩国的床位增长一直与社区基础设施数量增长齐头并进，包括医疗设施和心理社会机构。尽管如此，绝大多数护理服务继续由医院提供，只有少量的精神病医生在医院外服务。[47]

原因在于两个相互交织的问题。第一个是政策和财政利益的错位。在这两个国家，医院官方都是非盈利的，但经常被在里面行医的医生所拥有。90% 韩国精神病医院床位是私有的，在日本这一数字是 83%。[48] 大多数治疗服务由精神病医生拥有自己的诊所或在私立医院工作提供。Choi 博士说，在韩国，这些执业医师“他们主要关心的是让患者呆的更久而不是让其出院，因为他们所有的收入来源于患者。他们青睐于保持现状，这一点很难改变。”

日本和韩国只是这一问题最明显的两个国家。台湾的人均精神病床位比这两个国家都少（根据年国家福利和卫生部的数字，2014 年的数字是每 10 万人 91 张床位），但仍高于发达国家的平均水平，并且大多数床位用于长期治疗。它的病床数自 2007 年以来一直保持大致相同，当时一项增加床位的政

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

策被驳回。张博士说，在台湾，经济因素对医院治疗的青睐远超过社区治疗，尤其是医疗体系的资金。该问题并不局限于亚洲：比利时精神病医院床位数量很多，这一点往往部分被归咎于受了医院运营者利益的影响。

但是，重新安排激励计划和方案是不足以促成变革的。日本自 2013 年起就要求本国各地区制定以社区为中心的一体化治疗本地方案。[49]Tsutsumi 博士相信政府已经“意识到了去机构化的重要性，并且已经为此做出了重要努力，但现状并无明显改观，因为社区或家庭里的配套支持和护理系统尚未完全建立起来。”Choi 博士补充说，韩国政府不希望在该问题上施加太大压力，因为尽管社区设施提升，“我们仍没有足够的能力应对从精神病医院涌出的大量病人。”

除设施问题外，还有敏感的文化问题。社会化住院治疗，即由私人疗养院中护理更好的老年病人使用医院病床，在两个国家中都非常普遍。不仅如此，Tsutsumi 博士补充说，大多数日本人相信精神疾病患者应该在医院中接受治疗。这两个问题是一起的：在日本，2002 到 2008 年，超过 65 岁的长期住院精神病人所占比例从 38% 稳定增长到了 47%[50]，现在很可能已经超过了 50%。在这两个国家，让这些患者返回社区，需要解决更广泛的社会化住院治疗问题，以及对合适治疗方法的不同态度。“有一些棘手的问题，”Choi 博士含蓄地说。

社会对于精神疾病的理解转变也需要时间，才能为社区融合提供支持

但是，现有的医疗结构是在有些时候是有利的。由于新加坡面积小，只需要一家机构——新加坡心理卫生学院——即可提供 80% 所需的精神健康服务。作为从传统的精神病医院到社区服务转型的领导者，该机构为新加坡更广泛的变革提供了助力。

在处理以社区为中心的健康服务所有落地障碍时，这些国家的另一个主要问题是保证服务供应的一致性。香港缺乏正式的总体精神卫生政策。甚至连负责政策制定的部门都不明确。医院管理局对于精神卫生计划的落地填补了这一空白，但尽管医院管理局、社会福利部门和各种服务提供非政府组织之间存在协商机构，但协调工作的质量不一。[51]余先生认为，如果没有“精神卫生政策和精神卫生法案，则服务规划无法满足公众需求，而且不成体系。”

即便正式政策已有了较长的历史，协调不力仍可能影响服务的供应。尽管韩国的精神卫生计划已经出台了约 20 年，但医院和社区的预算仍然是分散的——这也是医院和社区机构都在快速增长的原因之一。[52] 至于社区治疗本身，Choi 博士解释说，韩国约有 500 个中心，它们是由不同政府部门建立的，且管辖权仍分属于不同部门。在 2016 年初国家精神卫生中心建立之前，不同部门之间“没有沟通和协调”。

即便是强势的一体化服务法律支持也无法保证能迅速打破医疗、社会、就业、住宿和其他服务提供之间的固有藩篱，而这些服务正是精神疾病患者所需要的。2007 年，台湾法律要求卫生部与内政部、劳动部和教育部协调建立社区治疗服务。但是，体制上的进展缓慢。2013 年合并成立的卫生福利部旨在全面优化健康医疗机构和社会服务之间的关系，但是，张博士说，该部门“并没有实现为精神疾病患者提供一体化服务的目标。健康医疗和社会支持服务提供者之间的协调进展仍不理想。”

最后，除了不良体制性诱因和政策上的不一致外，社会对于精神疾病的理解转变也需要时间，才能为社区融合提供支持。根据这些国家受访者的说法，心理健康知识的普及通常较低，歧视也是一个重要问题，尽管歧视在某种程度上正在改观。其中一个明显的现象是，在很多国家，媒体都倾向于夸大与精神疾病患者相关的死亡案例。Choi 博士认为，“人们对精神疾病和精神病患者的症状心存恐惧。”因此，人们不愿意接受治疗，社会整体也在排斥去机构化所需的步骤。

同样重要的是，对于精神疾病患者的负

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

面社会观感解释了为什么患者维权团体在这些国家仍然普遍偏弱，而在澳大利亚和新西兰则是变革最主要的驱动者之一。Fung 博士解释说，“在新加坡，人们仍然很难说出‘我好多了。我可以谈一下我的病情。’”因此，开展积极的行动和倡议会更加困难。张博士认为，“在欧洲或美国，病人会为自己争取权利，而我们仍在等待这一趋势变为现实。这在台湾并不常见。”

在这些国家，精神健康负担面临的一大问题并非患者要求变革，而是如何让政府关注精神健康。如前文所述，韩国和日本的自杀率尤其高，并且公共政策也非常积极，但这一问题在该组别的其他国家中也有出现。台湾在防自杀方面做出了实质性的努力，自杀率近年来有所下降，而香港近年来的青少年自杀趋势则引发了公共关注。Takeshima 博士相信，“即便在西方国家，精神健康也有成为独立问题的趋势。预防自杀政策有望改变社会对于精神健康和精神疾病患者的态度。”

应对精神疾病歧视面临多样化的挑战

针对精神疾病患者的歧视“是关键问题”，Ng 教授说。“这在很多国家，甚至发达国家，都根深蒂固。”此次研究采访的专家普遍将其视作社区融合成功的主要障碍。

但是，歧视的多方面本质和形式使其成为一个复杂问题。特定的精神疾病会引发不同水平的歧视（例如，精神分裂症几乎始终都能比抑郁症引发更高的敌意）；歧视的范围随时间和国家而不同；歧视所引发的行为广泛，从部分国家的束缚和虐待到其他国家一些不那么明显、但颇具危害性的社会排斥都有。精神疾病的伤害对象也不同。在所有地方，受害者都是患者本人，但在亚洲大多数地区，不论是发达国际还是发展中国家，患者亲属的社会地位和婚姻前景都会受到影响。[53] 另一方面，歧视者往往是家庭成员。

但是，一个共同点是歧视的普遍性。即便在指数领先的新西兰，2010 年仍有 70% 的精神疾病患者报告称在过去一年里至少遭遇了一次中等或严重程度的不公正待遇。[54]

尽管差距巨大，仍可以得出一些宽泛的普遍结论。歧视涉及了负面看法和相应的行动。首先讨论前者，部分歧视引发的行为，如彻底的个人敌意，会明确形成社区融合的障碍。另外，还有三种比较隐蔽但常见的问题，说明了歧视对于以社区为中心的护理的极端不利影响：

自我歧视导致治疗拖延：Choi 博士对于韩国的评价适用于所有发达国家：需要治疗的患者“不会去任何服务机构。他们本人，甚至家庭成员，都不希望医疗记录中出现精神疾病诊断，因为这可能影响就业前景甚至保险购买。”与此同时，在越南，河内精神卫生和社区开发研究中心创始人暨国家基础需求主管 Tam Nguyen 说，有精神疾病症状的个人不愿意接受治疗，因为他们“认为医院是‘疯子’才会去的地方。”

医疗体系内的歧视也削弱了护理质量：Sikander 博士认为，歧视还可能影响部分“健康护理者。他们会躲开精神疾病患者，在治疗时会感到尴尬。”该问题也存在于所有收入水平的国家：澳大利亚的一项大型研究甚至发现，健康护理工作人员比普通民众更可能对精神疾病患者持有负面态度。[55]

社会内部歧视也阻碍了去机构化：如果社区不接受精神疾病患者，他们融入社区的努力甚至无法起步。张博士解释道，在台湾，每当政府试图建立以社区为中心的精神健康机构时，“提议都会被当地居民驳回”。这导致了一个恶性循环：在日本，一些学术研究表明，歧视导致人们倾向于

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

把患者关起来；其他人认为，社区内的少数精神疾病患者会导致陌生感，从而加剧歧视。[56]

该行为反映了强烈的“有罪推定”。在整个地区，对于精神健康普遍的无知形成了一种禁区，人们普遍坚信精神疾病会造成实质上的道德污点或缺陷。同样，这种信念有不同的表现形式。Sikander 博士指出，尤其是在巴基斯坦农村，“黑魔法和恶魔之眼在我们的文化中已经存在了几个世纪。任何人们不了解的东西，如精神疾病，都会被认为是源自其他维度的问题，通常是精神方面。”一项学术研究发现，在亚洲发展中国家里，“用超自然、宗教和魔法治疗精神疾病非常盛行。”[57] 这些观点在发达国家不那么普遍，但道德歧视依然频繁存在。一项最近的研究发现，有一半的新加坡人认为精神疾病“是个人软弱的标志”，并且 10 个人中有 9 个认为患者“只要想就能恢复”。[58]

在很多亚洲国家，精神疾病还意味着令人蒙羞的社会失败。Minas 博士解释说，“在等级森严的社会里，社会层次是很重要的目标，行为怪异或不整的人有很大问题。具有急性或持续精神疾病的患者往往被关入社会保护中心或机构中。”

在亚洲社会，高度不可测的行为已经足以让人身败名裂，[59] 但这些观点还有更极端的一面，人们普遍认为精神疾病患者是危险的，媒体也多有妖魔化的描述。Choi 博士提出了最近发生的一个典型案例——一名韩国精神分裂症患者的错觉导致了异常谋杀悲剧。尽管这种行为极其稀少，媒体仍大肆宣称“所有精神分裂症患者都应备案并妥善控制。”余先生说，尽管香港的歧视正在缓解，但如果媒体抓住涉及精神疾病患者的暴力事件不放，“我们在消除歧视方面的努力将毁于一旦。”

但情况并不全是负面的，因为接受此次研究采访的大多数专家都认为公众态度发生了转变。尽管如此，根本问题依然存在：将道德缺陷和社会与人身危险与精神疾病患者相关联依然意味着，按照马博士的观点，“如果你被贴上了精神病人的标签，有些人可能认为你与常人不同，并且没有人权。”并非所有国家都会如此地直言不讳，但认为精神疾病患者低人一等的观念依然根深蒂固。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

中高等收入国家：马来西亚、中国和泰国

中高收入国家整体上比更富裕的参评国家表现差很多，但在部分类别中，其中一个或多个国家的表现至少与排名最低的亚洲高收入国家齐平，甚至更好。但在反映花费而非单纯的政策选择的治疗易得性指标方面，这些国家的表现则更接近中低收入参评国家。中高收入国家取得这一结果的关键相似之处在于，都展示了明确的意愿，即致力于改善精神疾病患者社会融入度，以及持续对医疗体系做出实质性完善，并消除成功所需的实践和文化障碍。

这三个国家已经在不同方面体现了对于精神卫生政策的承诺，但比亚洲高收入国家的重视时间更晚一些。在服务的性质和范围方面也取得了一些虽然有限，但依然显著的成就。其中最令人瞩目的就是中国标志性的首部精神卫生法，在经历了 27 年的讨论后，该法律终于在 2013 年生效。该法律的实行也参考、借鉴了中国 686 项目的经验。686 项目开始于 2005 年，是一个小型实验项目，旨在在中国建立以团队为基础、以康复为重点的一体化社区医疗护理服务体系。该项目的成功产生了更深远的结果 [参见案例研究]。[60]

马来西亚的正式精神卫生法律存在时间更长，但以社区为中心的护理服务转变也是最近的趋势。该国家最近的精神卫生法颁布于 2001 年，但政府直到 2010 年才发布了相关法规。如果要在实现提升以社区为中心的护理服务的立法目标上取得实际进展，这些法规是不可或缺的。而为了实现这一愿景所需的持续机构资金投入从 2014 年才开始。但

总分

2016 年精神健康指数 —— 总分

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.7
2	澳大利亚	92.2
3	台湾	80.1
4	新加坡	76.4
5	韩国	75.9
6	日本	67.4
7	香港	65.8
8	马来西亚	54.1
9	中国	45.5
10	泰国	44.6
11	印度	29.4
12	菲律宾	25.5
13	越南	20.6
14	印度尼西亚	16.7
15	巴基斯坦	12.8

资料来源：经济学人智库

1. 环境

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	90.0
=1	新西兰	90.0
3	台湾	81.7
4	韩国	75.0
=5	香港	73.3
=5	新加坡	73.3
7	马来西亚	71.7
8	日本	65.0
=9	中国	60.0
=9	泰国	60.0
11	印度	50.0
12	越南	40.0
13	菲律宾	33.3
14	印度尼西亚	25.0
15	巴基斯坦	15.0

资料来源：经济学人智库

2. 机会

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	100.0
=1	新西兰	100.0
=3	日本	88.9
=3	台湾	88.9
=5	新加坡	72.2
=5	韩国	72.2
=7	香港	61.1
=7	马来西亚	61.1
9	中国	38.9
10	泰国	22.2
11	印度	16.7
12	巴基斯坦	11.1
=13	印度尼西亚	0
=13	菲律宾	0
=13	越南	0

资料来源：经济学人智库

3. 治疗可及性

排名	国家/地区	
1	澳大利亚	96.9
2	新西兰	95.8
3	韩国	82.7
4	新加坡	81.5
5	台湾	77.8
6	香港	72.9
7	日本	58.6
8	马来西亚	43.6
9	泰国	37.0
10	中国	27.4
11	菲律宾	26.9
12	印度尼西亚	20.2
13	越南	10.3
14	印度	10.0
15	巴基斯坦	0.5

资料来源：经济学人智库

4. 治理

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.9
2	澳大利亚	84.9
3	新加坡	77.0
4	台湾	75.6
5	韩国	72.1
6	日本	65.6
7	香港	53.9
8	中国	53.3
9	泰国	50.3
10	马来西亚	42.6
11	印度	35.9
12	菲律宾	31.9
13	越南	24.0
14	巴基斯坦	23.8
15	印度尼西亚	15.1

资料来源：经济学人智库

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

现在，Mentari 项目下已经有 20 家社区机构（至少每省一家）正在提供多学科、基于团队的进取式社区治疗服务、就业服务（包括个人就业支持和支持性就业）、以及患者和护理人员支援团体。

多年来，泰国的精神卫生政策都青睐以社区为中心的治疗服务，但一直进展缓慢。尽管如此，2008 年的精神卫生法案仍将精神卫生支出列在了该国的总体健康保险计划中，并要求官员监督并评估其执行情况。最近，2012 年，泰国的地区健康委员会承担了精神健康护理的职责，并将根据精神健康服务计划提供此项服务。该服务要求提供一体式服务，至少是医疗资源一体化，以实现自我管理提升的目标。[61]

这些国家近年来对于精神疾病负担愈发重视和投入，因为它们在该领域将面临重大问题，加大投入是必不可少的。首要问题是大量患者未能接受治疗。数据质量不佳，但在中国，约 92% 的精神疾病患者从未接受过治疗。目前，未接受治疗的精神疾病患者总人数估算为 1.58 亿；686 项目尽管令人印象深刻，但迄今为止仅覆盖了官方估算的 1300 万最严重精神疾病患者中的 300 多万人。马来西亚尚无国家估算数字，但在该国人口第三大省的一项研究表明，其精神疾病未治疗率为 90%。泰国没有总体数字，但注意力缺陷多动症 (Attention-deficit hyperactivity disorder/ADHD) 的未治疗率为 96%。[62]

医疗体系不够到位，难以应对，而且变革所划拨的资金经常不足。[63] 合格的人员也严重短缺。在指数精神健康劳工指标上，泰国和马来西亚都表现非常差，甚至低于巴基斯坦和菲律宾这两个低收入国家。泰国精神卫生部国际精神卫生处主任 Patanon Kwansanit 说，泰国的精神病医生数量还不到世界卫生组织建议的中高收入国家医生数量的一半。在马来西亚，该数字大约是四分之一。[64] 在这两个国家，心理学家和职业理疗师都更加稀缺，这使得以团队为基础的护理很难实现。

与此同时，中国的精神病医生官方数字近年来显著提升，指数数据为每 10 万人 1.7 名，这对于中高收入国家是一个不错的数字。但是，医生质量是一个严重问题：14% 的中国注册精神专科医生没有接受过任何训练，另外有 29% 的人只有三年的大专教育证书。[65] 马博士表示，从 2009 年起，中国开始推行标准化的国家临床培训计划实验项目，学员必须学满三年。但在实践中，她说，“我们没有足够的精神科医生。”这仅仅是问题的一部分。整体来看，受过良好训练的精神健康人员处于严重缺失的状态。[66]

所有这些国家都在努力增加专业人员的数量，但这需要时间和资源。马博士说，中国计划在 2020 年将精神专科医生人数增加到 4 万人。“我对于如何达成这一目标存在一些担忧。”

但是，所有替代方案都有问题。在理论上，泰国的基层治疗工人已经从事社区医疗健康服务很多年，但他们几乎没有接受过相关训练，而且全科医生由于偏见也不愿意患者转诊到精神健康科室。[67] 与此同时，马博士说，中国致力于建立更完善的初级精神健康护理体系，而全科医生和社区护理人员还缺乏必需的精神疾病护理培训。

即便对于接受治疗的患者而言，在这些国家，治疗方式也需要关注。马来西亚的国民生产总值更高，也明显领先。该国政策要求在整个医院系统中精神疾病治疗去集中化。该政策始于 20 世纪 70 年代，这意味着除了 4 家专门的精神病医院外，另外 49 家全科医院也都需要提供治疗。在马来西亚的整体健康保健体系中，治疗和用药还是免费的。“我们为严重精神疾病患者做了很多，”马来西亚卫生部精神病医生顾问 Nor Hayati Ali 博士说。“虽然不够完美，但值得骄傲。”该体系的缺陷在于，大多数精神疾病床位仍在机构中；此外，尽管更多的全科医院正在提供医疗服务，但有些医院没有专用的精神

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

疾病床位。为防止床位不足，马来西亚在防止精神疾病复发和早期诊断方面做出了努力，但“我们需要做更多的社区工作并与基层治疗更好地整合，”Ali 博士解释说。

至于社会服务和其他服务，一切都不成体系。一方面，和马来西亚在指数的机会指标上的表现相一致的是，该国最近正在大力强调就业服务是精神疾病治疗的重要部分。另一方面，Ali 博士认为，基层的社会和医疗服务的协调仍取决服务提供机构中负责联络的个人的素质。

在泰国，精神疾病的治疗也是免费的，治疗机构也不再局限于单纯的精神病医院。在 122 家精神健康门诊诊所中，只有 17 家属于精神病医院。另外还有 25 家全科医院提供住院治疗。泰国还提供广泛的电话咨询服务。尽管如此，其治疗方式仍算不上以社区为中心。精神疾病患者没有社区治疗床位。作为替代，医院附属的“康复村”可协助病人为融入社会做好准备。类似地，职业疗法是仅限住院病人享受的服务。[68] 同时，就业项目也没有按比例增加。的确，泰国在指数的机会指标上表现很差，得分只有马来西亚的三分之一。最后，即便是专业的精神健康医疗专家对于疾病的医学模式的重视，仍远大于对康复概念的重视。[69]

与此同时，在中国，精神卫生系统和其快速发展的健康体系面临着同样的问题。医疗保险现在已经非常普遍，但由于好处有限，治疗仍然受限。尽管新的精神卫生法也正式强制要求部分治疗免费，但马博士说，她所在机构的未发表研究发现，在拥有两名精神疾病患者的家庭中，93% 的家庭会陷入穷困。

在中高收入国家，为精神疾病患者提供适当治疗的最大障碍在于人们自身

与此同时，尽管这几个国家都在治疗服务方面都存在明显的地区和城乡差别，中国的数字尤为严峻：即便中国已经完成了一个重大的精神健康机构建设项目，仍有三分之二的农村没有设立精神疾病床位。[70] 但是，在中高收入国家，阻碍精神疾病患者接受治疗的最大障碍不是医疗体系的缺陷，而是人们自身的态度。和其他地方一样，这些国家的人们对精神疾病存在歧视。正如马博士所说，“我们没有可靠的研究表明对于精神疾病的歧视有多严重，但这明显是个大问题。”

但是，和另外其他几个文化问题相比，歧视又变成了一个非常直接的问题。对于精神疾病的原因和最佳治疗的对抗疗法思路有着明显的西方文化根源。泰国对于精神疾病的理解普遍受中医、或佛教和泛灵论影响，与之有明显不同。[71] 同时，马来西亚的三大文化——马来、中国和印度文化——在这些领域都有着自己的信仰，这些信仰相互不同，与西方思想也不一样。[72]

这种文化多元性带来了多种挑战。首先，病人更倾向于采用传统医学治疗精神疾病。在中国，尽管现有数据很少，但仍可表明，人们对于精神症状更愿意接受中医疗法而非西方疗法，尽管中医缺乏科学上的疗效证据。[73] 在马来西亚，Ali 博士说，使用传统药物治疗精神症状通常会导致让患者拖延 18 个月后才会接受西医治疗。

但是，坚持西方的科学方法而忽视患者的信仰，最终也会弄巧成拙。Ali 博士说，“如果我对人们的信仰置之不理，他们可能根本不会来找我。”Minas 博士补充道，“当人们试图将精神疾病放在文化背景下时，大多数人会认为现有的传统方法是有用的。”例如，泰国精神卫生司已经开展了当地僧侣合作项目，以识别出具有精神健康状况的个人并提供治疗。精神卫生司还参与了其他合作项目，将佛教的正念和冥想概念与西方疗法相结合，用于治疗特定症状。展望未来，Kwansanit 博士说，泰国正在“努力开展基于文化独特性的康复模型项目，比如以社区宗教领袖为核心的复健项目。”

在这些国家中，社区精神健康护理必须应对的一个特殊文化问题是家庭的角色。由世界卫生组织定义的国际主流精神健康概念完全以个人为中心。而这一点可能与东方文化不同，尤其在某些国家，全面经济发展并

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

未造成社会关系的弱化。例如，在马来西亚，相关的政府政策将精神健康定义为“个人、团体和环境之间互动并提升个人健康和最佳状态 ..... 最终达成个人和集体目标的能力 .....”[74]

这段引用中最相关的团体是指精神疾病患者所在的家庭。例如，在这些国家，所有服务使用者的社区内住房几乎都由家庭提供。如果家属在患者出院后拒绝接收（这并不少见），则患者必须永久待在医疗机构中。这并不是不可避免的。Ali 博士说，大多数情况下，“家庭是我们最大的支持，”但他补充说，家庭中长者对于是否需要治疗的不同意见会导致治疗受阻。即便是非常善意的态度，如试图保护孩子，都会阻止社区化治疗提供的就业机会和好处，她补充道。因此，在这些国家，如需在社区化治疗服务上取得成功，更加关注个人是必需的。

中高收入参评国家最大的问题是现在的政策关注能否得以延续。如果以相关花费的变化作为依据，那么情况是乐观的。尽管泰国近年来的变化最慢，但 2011 年在精神健康预算上的花费已经达到了 4%，与亚洲高收入国家相差不远，与 2004 年的 3.5% 相比也有所提升[75]。与此同时，Kwansanit 博士说，对相关精神健康衡量标准的收集和分析也与日俱增，这也在帮助政策制定者持续关注该问题。

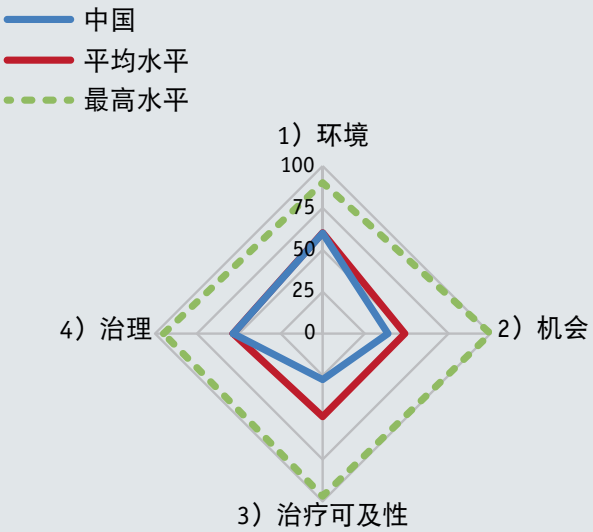
在中国，我们看到精神卫生领域的发展有着很好的前景，然而，并非所有方面都如此：2014 年以来，686 项目的资金投入迅速扩张，中国近年来已经扩建了 550 家精神健康机构。另一方面，在精神卫生领域上的经费仍低于所有健康领域经费的 1%，一些关键方案仍没有预算支持，如需在 2020 年实现精神专科医生数量翻番的宏大目标。[76] 在马来西亚，2011 年的精神健康花费为总健康花费的 0.4%，[77] 尽管 Mentari 方案的展开可能增加花费占比。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

中国的 686 项目——培养社区治疗及护理人才

关于精神卫生服务（实际上是所有的医疗保健服务）转向基层治疗方面的建议众多。在中低收入国家的成功案例很少。无论将病例交由临近患者的临床医生或病例管理人员治疗的需求有多么迫切，所有方案往往都最终变成由训练不足、负荷超载的社区工人、护士和医生来诊断和处理常见的精神疾病。

	排名/15	分数/100
总分	**9**	**45.5**
1）环境	=9	60.0
2）机会	9	38.9
3）治疗可及性	10	27.4
4）治理	8	53.3



但是，中国的“中央补助地方卫生经费重度精神疾病管理治疗项目”，简称 686 项目，在很大程度上改变了这一现状。北京大学精神卫生研究所是该项目的领头单位，马博士说，该项目从 2005 年的 60 个试点开始，到 2014 年底，已经覆盖了中国 87% 的行政区，最终将覆盖整个国家。她补充说，在这期间，项目共登记了 430 万名严重精神疾病患者。到 2014 年底，已为 315 万名患者提供以社区为中心的管理和服务。

该项目的成功源自多种因素，如：足够的资金——包括按需分配的治疗费用资金；政府和全球专家的支持；以及根据中国文化因地制宜采纳国际最佳实践。尽管如此，马教授认为，该项目的收获和经验适用于所有发展中国家，包括中国：“如果我们想创造 [社区] 精神卫生的相关服务，我们必须培训专业人员。”

686 项目的最初目标是宏大的。在 2005 年发布之初，社区化精神健康治疗在中国还不存在。相反地，所有治疗都由数百家破旧的精神专科医院承担。项目目标是“打破医院壁垒，将治疗扩展到社区”，马博士说。以患者为中心、以康复为目标的治疗将有社区诊所的多学科团队负责管理。这些团队将包括医生和护士，还包括社工、病例管理人员、当地警方、以及家庭和患者代表。每家诊所还会收到临近精神病医院的专家支持，患者可以在诊所和医院之间按需转院。

将这一愿景诉诸实践需要全新的庞大人力资源。中国甚至连运行该系统所需的专家都不够，接受过专业精神病培训的人员对以社区为中心的治疗也没有经验。与非专家人员合作导致了一些固有问题。马博士解释说，中国的医疗服务体系从国家到社区共有六个层级，出现问题的诊所在社区层面，下面还有村庄。但是，越接近底层，她说“实践人员从培训和教育中接收的信息数量就越少，最底层所接收的知

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

识可能寥寥无几。这是一个巨大的挑战。我们正采取各种方法解决该问题，例如，向每个参与社区精神健康服务的工作人员发放一本包含必要核心信息的手册。”

但是，项目应对知识缺陷的主要方法还是构建广泛的利益相关人网络，并确保利益相关人具备运作社区治疗所需的知识。项目采用种子培训师策略，希望能迅速扩大知识普及速度。当然，培训对象也包括临床医生。在 2005 到 2014 期间，项目一直在培训社区化护理精神健康专家，到 2014 年，项目已经覆盖了中国所有精神专科医生的 86%，以及全国精神健康护士人数的 69%。

但从数字上而言，这仅占了项目培训的总人数（66 万）的一小部分（不到 5 万）。很多人是其他临床医生——基层治疗内科医生、护士和社区健康工作人员。他们所接受的培训内容不仅仅是社区精神卫生基础，还包括病例管理、如何编写并监督个人治疗方案、如何与多功能团队合作、以及如何与社区建立连接。

但是，数量最多的培训学员是社区中不属于诊所的非专业人员。大多数人是当地农村和社区委员会成员，他们参与项目的主要方式是参与精神健康倡导活动，引导潜在患者接受诊断。此外，2005 到 2014 年间的接受培训的还有 5% 是警察，旨在帮助他们在处理涉及精神疾病患者的病例时进行危机干预。这些不同行业的个人是广义范围上的临床病例管理的贡献者，并且在资源不足地区还介入基层治疗团队的工作。

如此众多的利益关系人参与是该项目的特点之一。马博士认为，该项目的一个关键教训是，“综合社区团队应持续扩张，”同时，潜在的专业人才资源永远都不应被忽视。例如，“家庭成员可以通过培训成为病例管理员，”她说，他们在项目中扮演了重要角色。这些人才的培养需要时间。尽管如此，686 项目的培训方式使其成功打造了一只队伍，能够为数百万患者提供有效的以社区为中心的护理。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

中低等收入国家：印度、菲律宾、印度尼西亚、越南和巴基斯坦

指数中的五个中低收入国家已经颁发了一些值得注意的全国新精神卫生法律和政策，并开展了一些创新项目。但是，对于这些国家精神疾病患者现状的概览显示，情形无一乐观。

总体和分类分数都显示了问题的普遍性。的确，这些结果所显示的真实问题可能更为严重。作为这组国家的领头羊，印度在去机构化上的高分（约占其总分的 10%），源自与精神疾病患者一起生活的社区人口比例很高。但是，这反映了有大量患者根本没有接受任何治疗：现有患者大多数都是住院患者。

这些国家都有一些广泛存在的共同缺陷，可以解释其指数结果。首先是不明确的政策环境。菲律宾和越南没有任何精神卫生法律，这使得在该领域的努力不集中，法律权利仍是一个雷区。正如 Nguyen 女士所言，没有法律，“不仅是精神疾病患者，就连服务提供者也很难知道该怎么做。”

在其他国家，现有法律的意思也远不够清晰。印度尼西亚政府在 2014 年的精神卫生法案中已经提出了一些落地法规，但时至今日这些必要法规尚未颁布。与此同时，巴基斯坦的 2001 精神卫生法案仅仅是个可能已经过期了的总统令。不仅如此，2012 年宪法的健康医疗下放意味着，在实践中，巴基斯坦各省需要分别制定各自的法律——此事迄今只完成了一半。[78]

总分

2016 年精神健康指数 —— 总分

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.7
2	澳大利亚	92.2
3	台湾	80.1
4	新加坡	76.4
5	韩国	75.9
6	日本	67.4
7	香港	65.8
8	马来西亚	54.1
9	中国	45.5
10	泰国	44.6
11	印度	29.4
12	菲律宾	25.5
13	越南	20.6
14	印度尼西亚	16.7
15	巴基斯坦	12.8

资料来源：经济学人智库

1. 环境

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	90.0
=1	新西兰	90.0
3	台湾	81.7
4	韩国	75.0
=5	香港	73.3
=5	新加坡	73.3
7	马来西亚	71.7
8	日本	65.0
=9	中国	60.0
=9	泰国	60.0
11	印度	50.0
12	越南	40.0
13	菲律宾	33.3
14	印度尼西亚	25.0
15	巴基斯坦	15.0

资料来源：经济学人智库

2. 机会

排名	国家/地区	
=1	澳大利亚	100.0
=1	新西兰	100.0
=3	日本	88.9
=3	台湾	88.9
=5	新加坡	72.2
=5	韩国	72.2
=7	香港	61.1
=7	马来西亚	61.1
9	中国	38.9
10	泰国	22.2
11	印度	16.7
12	巴基斯坦	11.1
=13	印度尼西亚	0
=13	菲律宾	0
=13	越南	0

资料来源：经济学人智库

3. 治疗可及性

排名	国家/地区	
1	澳大利亚	96.9
2	新西兰	95.8
3	韩国	82.7
4	新加坡	81.5
5	台湾	77.8
6	香港	72.9
7	日本	58.6
8	马来西亚	43.6
9	泰国	37.0
10	中国	27.4
11	菲律宾	26.9
12	印度尼西亚	20.2
13	越南	10.3
14	印度	10.0
15	巴基斯坦	0.5

资料来源：经济学人智库

4. 治理

排名	国家/地区	
1	新西兰	94.9
2	澳大利亚	84.9
3	新加坡	77.0
4	台湾	75.6
5	韩国	72.1
6	日本	65.6
7	香港	53.9
8	中国	53.3
9	泰国	50.3
10	马来西亚	42.6
11	印度	35.9
12	菲律宾	31.9
13	越南	24.0
14	巴基斯坦	23.8
15	印度尼西亚	15.1

资料来源：经济学人智库

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

其他国家都有正式的精神卫生政策但并不立法，但这些政策大多已经颁布十多年了。不仅如此，政策的实质意思不明确，预算也很紧张。“预算问题不容忽视，”Sikander 博士说。这些国家在精神健康上的花费通常仅占总医疗预算的 1% 或者更低。在菲律宾，该数字为 5%，但资金仍然不足，导致医疗设施拥挤并影响了改革。截至 2011 年，由于资金短缺，拟在全科医院中开设的 72 个精神病科室仅开设了 10 个。[79] 新政策也无法保证资源到位：印度颁发新的精神卫生政策后几个月内，总健康预算就被削减了 20%。

机构化能力缺乏意味着现有的优先资金都经常花不完

还有更糟糕的，机构化能力缺乏意味着现有的优先资金都经常花不完。在印度，2012-2013 年仅花费了国家精神卫生项目预算的 42%。[80] 类似地，曾领导印度尼西亚的新精神卫生立法行动的前国会议员 Nova Riyanti Yusuf 说，在她的成功游说下，政府在 2010 到 2012 年间的精神卫生预算几乎增加了四倍，“不幸的是，精神卫生局没能力花费这笔预算，”最终导致预算缩减。

总体而言，Minas 博士认为，在这些国家，“对于 [精神卫生法律和政策的] 落实具体需要什么的理解仍相对落后”。在富裕国家，地区政府部门的参与能完善当地的服务协调，但在这些国家则经常加剧困难。例如，印度 2014 年标志性的精神卫生政策需要由该国的不同州政府落实，但 Maulik 博士说，“地区政府经常没有可以执行该政策的机构。”巴基斯坦、印度尼西亚和菲律宾在健康医疗下放到地区政府部门时也碰到了类似问题，因为地区部门在精神健康方面没有专业经验。

这些缺陷集中在一起，导致了精神医疗体系资源的短缺。指数数据显示，这些国家中，没有任何国家每 10 万人口的精神病医生数量超过 1 名; 印度、印度尼西亚和巴基斯坦，这一数字仅为 0.3 或更低。心理学家人数更少，专业理疗师非常罕见。不仅如此，这些临床医生及其机构都集中在市区，尽管除印度尼西亚外所有这些国家的大多数人口都住在农村。

仅靠培训无法解决这一问题，因为薪资和国情都在鼓励移民。在澳大利亚、新西兰、英国和美国工作的印度精神病专家的总人数是在印度工作的人数的两倍。巴基斯坦国外专家人数是国内的三倍多，菲律宾则接近五倍。[81] 在综合医疗效果不佳的情况下，成本高和资源少进一步限制了就医。菲律宾精神病协会前任主席 Cynthia Leynes 博士说，在菲律宾，“大多数人无法支付医院治疗费用，但在社区里，精神健康护工的人数又太少。”于此同时，在巴基斯坦，抑郁症患者的总治疗费用占其收入的 60%，包括医疗费、药费和交通费。[82] 即便少数几种精神疾病有治疗补助，例如越南最近的政策，但补助未覆盖的患者实际支出仍是大问题。[83]

可及性解释了为何有大量就医需求不能得到满足。在印度和印度尼西亚，根据最好的估算，也仅有 10% 患有可诊断精神疾病的患者接受了循证治疗。[84] 在其他国家，分析师鉴于数据缺失都会引用国际数字，但所有人都认同 Sikander 博士的看法，即“治疗差距非常大”。

对于接受治疗的患者，治疗水平一般在不合理和令人震惊之间。绝大多数治疗仍在大型精神病治疗机构中进行，这些机构占据了精神健康花费的很大一部分份额，在菲律宾占比超过了 95%。[85]Patel 博士认为，这种机构化集中的情况不仅与最佳实践相违背，也对现已紧缺的资源造成了浪费。他说，作为变革的一部分，“亚洲很多地区需要从非常落后的精神疾病治疗实践中转向，同时将资源重新分配给社区治疗。”

医疗机构经常人满为患，而且有时候成为严重人权侵犯问题的温床。在印度尼西亚，一项人权观察调查发现，国家精神病医院和政府授权的社会护理机构的问题包括：强制住院；强制用药，包括无麻醉强制电击疗法；甚至还有长期束缚的情形，该疗法在上世纪

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

70 年代已经被国家正式禁止。[86] 与此同时，印度的国家人权小组从上世纪 90 年代就不断发布关于该国的精神健康机构报告，根据其研究，该国的 43 家精神病医院中，仅有 6 家适合入住。人权观察小组进一步指出，他们在女性护理机构中发现了与印度尼西亚相同的问题。[87] 尽管菲律宾并没有收到这种广泛的指责，精神健康专家团体——市民心理社会响应网络的召集人 June Pagaduan-Lopez 向媒体投诉称，“医疗机构，包括医院、济贫院和监狱诊所中都存在虐待和折磨患者的情形。”[88]

在医院外部，治疗通常受限或不存在。[89] Minas 博士认为，在这些国家，“基层系统中的很多健康专业人员对于精神疾病处理的知识和技能非常有限。”与此同时，指数研究发现这些国家的家庭护理能力有限。此外，除小型分散的方案外，基于社区的进取式外展团队都不存在。Maulik 博士对印度的评价是，“我们在国家或地区层面并没有外展项目，也没有基于家庭的护理项目。以社区为中心的治疗明显缺失。”

唯一具备充足的社区化治疗设施的国家是发起了国家精神卫生项目的越南。但在实践中，Nguyen 女士解释说，该项服务大多是重开医院已经批准的处方，很少或完全不会根据患者情况调整剂量。“因此，”她补充说，“很多人都会停止用药。”一般而言，在中低收入国家中，Minas 博士的看法是，“社区层面具备精神健康专业能力的人员很少。大多数专业能力都被医院机构垄断。”

但对于无法享受优先的医疗资源的患者，情形非常严峻。印度尼西亚政府估算，有 1.88 万精神疾病患者被超期束缚，大多数是被家庭成员束缚，原因是医疗资源不到位。印度尼西亚政府在该问题的应对上已经加快了步伐，因此表现最好，但仍有几个中低收入参评国家存在关于精神疾病患者束缚的报道。

在这些情况下，进一步探讨与精神病患者融入社区相关的其他问题基本上毫无意义。一名学者说，“印度尼西亚束缚精神疾病患者的现象表明，患者康复并非最佳选择。”[91] 的确，康复的概念在这些国家被接受仍路途漫漫。Nguyen 女士认为，在越南，“很多人都在谈论康复模式，但不认为类似服务真正落实过。”巴基斯坦的情况与之类似。Sikander 博士说，“我们现在仍将精神健康问题视作单纯的医疗问题，我们正在努力改变观念，但尚未能够达到生物心理社会学模式的阶段。”

于此同时，精神疾病患者的非医疗服务几乎不存在：有三个国家在指数的机会指标上得了零分，该指标衡量的是就业服务。雇佣者的社会责任是个问题。Leynes 博士说，“一旦你被诊断出精神疾病，你就会面临被公司扫地出门的压力。”紧迫的健康需求和弱势的医疗服务窘境源自两大因素的共同作用：对于精神疾病的歧视和无知。人们对精神疾病起因存在广泛的误解，并对其后果持悲观的宿命态度，而不当治疗方式又进一步加强了这些恐惧——这些因素使得精神疾病的社会成本进一步提升。最终导致了循证治疗的延迟。相反地，在大多数这些国家的个人和家庭更倾向于寻求传统疗法的帮助，而非西方医学。

尽管前文曾指出，与传统医学提供者协作具备潜在效益，但负面效果依然存在，包括有时缺少循证治疗、束缚患者等猖獗的人权迫害、以及治疗方法存在不同程度的危险、痛苦和无效的情形。[92] 最终，家庭成员可能只想尽快摆脱问题。人权保护不力意味着在这些国家中依照家庭成员的指示被强迫住院是一个普遍问题。

目前情形非常严峻，而且会持续很长时间，但很多专家对未来保持乐观态度。一些活动的迹象非常明显：印度尼西亚在 2012 年颁布了首部精神卫生法案；印度在 2014 年制定了首部精神卫生政策；巴基斯坦在其 2014-2024 国家健康计划中为精神疾病单列

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

了章节，并正在努力将精神健康整合到基层治疗中；而越南，根据 Minas 博士的说法，即将启动新的精神卫生战略。

在过去，这种态势曾经放缓过。印度尼西亚在 1966 年通过了一部开创性的精神卫生法，同时制定了一部基于预防、复健和治疗的政策。在随后的 20 年里，该国启动了一个大型精神健康机构建设项目，为此项工作提供支持。但这些努力在 上世纪 90 年代逐渐减少。[93] 政府的努力也会自相矛盾。抛开越南的全国精神卫生战略不谈，去年该国大幅削减了国家精神卫生项目的资金，该资金主要用于门诊病人的治疗。尽管越南的健康保险覆盖正在增加，Nguyen 女士预计，“等待保险承保部分 [曾经由该项目提供资助的] 服务可能需要很多年。”

目前情形非常严峻，而且会持续很长时间，但很多专家对未来保持乐观态度

尽管如此，我们仍有理由保持乐观。被采访者集体指出，政策制定者对于变革的真正重视正在提升。例如，Minas 博士认为，越南的高层官员对于协调健康和社会护理服务的需求有了更进一步的理解。于此同时，Sikander 博士说，在巴基斯坦，“卫生署署长是精神卫生政策的强力盟友和支持者”，而不是一名犹豫不决的官僚。

此外，尽管患者倡导运动仍然很弱或不存在，Yusuf 女士说，印度尼西亚的精神卫生法案已经取得了重要成果，“正在激发更大的社区运动，并为本国的精神健康斗士提供能量，让他们继续前行。”的确，她相信在精神健康服务体系的已有问题上纠结不停会错失更为关键的一点——人们需要从人权侵犯这个问题上走出来，并更加关注变革。“我们还有很长的路要走。但我们即将走出难熬的黑暗期。我们不会理会其他人的看法，尤其是对于我们的历史并不理解的人们。”

城乡差距

除完全都市化的香港和新加坡外，每个参评国家的农村精神健康服务都比城市更差。马博士称之为“现有资源分配不均所导致的不可避免的问题。大多数临床医生都在大型城市中心工作，而且人手永远都不够用。不同国家之间的差别是数量级上的，而非质量上的。”

这些数量级上的差异影响巨大。在很多发展中国家，农村的精神健康服务几乎不存在。例如，在中国，三分之二的农村地区没有设立精神专科床位。[94] 在印度尼西亚，仅有的少数精神病医生绝大多数都在三个最大的城市里。[95] 马来西亚共有约 250 名精神病医生，但根据 Tsutsumi 的说法，“约 200 名在吉隆坡地区。”菲律宾的精神病护理基础设施同样也高度集中在其首都。Leynes 博士解释称，“城市外几乎没有专科医生。[这些地区的] 精神疾病患者通常很难获得治疗。”由于需要到城市就诊，治疗过程更加困难。的确如此。Maulik 认为，在印度，“即便是去基层 / 中级医疗机构看医生并取得药物的费用，不仅仅是药费本身”，对患者就已经是很大的费用负担。

富裕国家的情况更好一些，但远不够理想。Ng 博士说，“即便澳大利亚拥有亚太地区资源最充裕的医疗体系，城乡精神健康服务之间仍存在巨大差异。”城市外人均精神病医生的数量是大城市地区的 33%；关于心理学家，该数字则是 54%。在花费方面，城乡差距更为明显。根据澳大利亚的综合医疗项目数据，最偏远地区的人均精神健康花费仅为大城市的 11%，考虑到精神疾病的普遍度相同，这一差距令人咋舌。[96]

自残数据指出了这些差异的影响。在澳大利亚、中国、印度、日本、马来西亚、新西兰、韩国和台湾，农村地区的自杀率

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

更高。[97] 其他拥有农村地区的参评国家暂时缺乏可信的数据。

没有一劳永逸的解决方案。仅有的少量数据表明，在参评国家中，农村地区对于精神疾病的了解更低，[98] 但单凭教育不可能对此有所改观。Maulik 博士根据他正在领导的项目的经验总结出了更为广泛的问题："当人们对精神疾病的意识提升时，村庄里的农民往往在去了基层医疗中心后，却发现那里没有他们所需的医药。"的确，农村居民更愿意采用传统治疗方案，或者澳大利亚偏远地区的人们和城市居民相比在治疗抑郁症方面，更信赖酒精而不是精神病医生[99]，其根源可能在于资源可得性而非其潜在的思想。一项印度研究发现，在用过传统和西方治疗机构的农村居民中，后者更受青睐，因为其疗法有效。[100] 类似的是，在中国农村地区，一项研究发现有 80% 或农村居民遭遇精神疾病时会寻求专业医疗帮助，但只有 12% 的人知道应该去哪家医院或诊所。[101]

提升服务可及性的一个显而易见的方法是向基层治疗机构提供更好的精神健康培训。这肯定会有所帮助，但须再次强调的是，这远远不够。例如，新西兰最近针对农村临床医生推出了一个自杀干预项目，尽管该项目提升了医生对于危险信号的辨别能力，但也揭示了在危险患者管理以及清晰的专家转诊路径方面的培训需求。因此，政府现在正在资助一个农村精神卫生倡议计划，但并非每个参评国家的政府都有相关资源。[102]

技术也可能有助于消除资源可及性的藩篱。Minas 博士指出，"人们正在做大量 [基于手机] 的移动健康 (mHealth) 尝试，试图更好地提供精神健康服务。"这一领域甚至还有了一个时髦的缩略语——mH2。尽管如此，在移动健康领域，成本效益或不考虑成本的效果，仍然有待验证。

最后，精神健康的城乡差距反映的是两者在医疗服务上更大的差距。如需解决该问题，不仅需要总体完善农村医疗体系，更需要确保在完善过程中将精神健康考虑在内。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

变革的关键所在

在从去机构化到提供精神疾病患者融入社区必需的护理、服务和环境的整个过程中，参评国家所处的阶段明显不同。不考虑该过程是否可以完全实现，尚未有任何国家完成了这一转变过程。尽管如此，有切实的证据表明，很多完成了部分变革的国家近年来对于实现这一共同目标都更加坚定。用 Patel 博士的话说，问题在于“政策利益和缺乏提供治疗的体系能力之间的差距。”

不同参评国家之间的巨大差异使得我们无法给出详细的建议。但我们可以给出一些通用的意见：

愿景必须以具体的形式呈现：越南和菲律宾没有精神卫生法律，香港也没有统一的精神卫生政策，这让打造一体式的社区治疗体系的努力大打折扣。另一方面，中国最近才开始关注精神健康问题，但指数得分较高（仅比马来西亚低 8.6 分）原因在于，用 Patel 博士的话说，它“正在引领该地区精神卫生政策落地的方式。”

长期而言，始终如一的努力能够克服根深蒂固的藩篱：新西兰和澳大利亚在转变过程中走的更远，因为他们已经解决了很多必须的实际和系统的挑战。医疗机构和工作人员的积累需要时间。类似地，张书森博士认为，台湾排名高于其他亚洲高收入国家的原因大部分可以解释为“从 1990 年开始就有了精神卫生法案，从 1995 年开始就有了全面的健康服务，包括精神健康服务，这些配套在 20 多年前已经就位了。”但是，正如印度尼西亚几十年前经历的一样，进展可能变缓。

医疗机构和工作人员的积累需要时间

资金的确重要，但更重要的是如何使用或应用资金：欠发达国家必须将更多资金投入到精神医疗体系的技术实力建设上，否则有限的预算都可能花不掉。更为普遍的是，资金需要服从政策目标，应将更多的资金投入到社区治疗建设上，而非医院。即便是最高收入的亚洲国家也需要经历这一转变。

不仅要利用所有现有资源，更重要的是开发资源：非政府组织对于贫困的社会体系并非退而求其次的选择，他们对于新西兰优异的指数表现至关重要。类似的是，中国的 686 计划培训的非专业人员比医生人数更多，临床护工的数量更是远超精神病专家。但两个案例都表明，开发并整合各种系统资源需要战略、资金以及付出努力。

了解挑战的本质：亚太地区的精神健康负担范围之所以变得如此清晰，是因为采取了新的衡量标准。但对于其普遍性和效果最佳的实践，人们还所知甚少。每个医疗体系都应考虑如何应用有限的资金来弥补最为紧迫的数据缺陷。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

整合效果最终取决于文化接受度

整合效果最终取决于文化接受度：如果社区将精神疾病患者视作危险的外来者并排除在外，那么他们在社区将永远无法立足。勉强、充满疑虑的接受是不够的。尤其是，受影响的群体必须参与所有事务的制定，从个人治疗方案到统一的精神卫生政策。不仅如此，在打造以社区为中心的基础设施时，还需要消除不同文化下对于精神疾病的歧视。

达到这一阶段必然需要文化转变。在欧洲，人权呼吁是一股强大的力量。此外，社区治疗的疗效和成本效益更好，可以一起推动这一尚未完成的变革。这些因素在亚洲也具有一定影响。尽管如此，对人权行动和患者维权明显的模糊立场和部分地区的敌对态度，以及在社区、家庭和个人角色方面的独特亚洲文化习俗，加上服从性对于社会秩序的贡献在亚洲文化中的独特地位，阻碍了精神疾病患者被社区所接受。

所有文化都在演进：数十年前，新西兰人还对精神疾病患者唯恐避之不及；今天，精神病患者地位已经有所提升，尽管并不完美。现在，亚洲国家必须找到适合自己的道路，以欢迎的姿态将精神疾病患者融入社区。

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

附录 1：研究分析结果概览

总分			环境			机会			治疗可及性			治理		
排名	国家/地区	得分	排名	国家/地区	得分	排名	国家/地区	得分	排名	国家/地区	得分	排名	国家/地区	得分
1	新西兰	94.7	=1	澳大利亚	90.0	=1	澳大利亚	100.0	1	澳大利亚	96.9	1	新西兰	94.9
2	澳大利亚	92.2	=1	新西兰	90.0	=1	新西兰	100.0	2	新西兰	95.8	2	澳大利亚	84.9
3	台湾	80.1	3	台湾	81.7	=3	日本	88.9	3	韩国	82.7	3	新加坡	77.0
4	新加坡	76.4	4	韩国	75.0	=3	台湾	88.9	4	新加坡	81.5	4	台湾	75.6
5	韩国	75.9	=5	香港	73.3	=5	新加坡	72.2	5	台湾	77.8	5	韩国	72.1
6	日本	67.4	=5	新加坡	73.3	=5	韩国	72.2	6	香港	72.9	6	日本	65.6
7	香港	65.8	7	马来西亚	71.7	=7	香港	61.1	7	日本	58.6	7	香港	53.9
8	马来西亚	54.1	8	日本	65.0	=7	马来西亚	61.1	8	马来西亚	43.6	8	中国	53.3
9	中国	45.5	=9	中国	60.0	9	中国	38.9	9	泰国	37.0	9	泰国	50.3
10	泰国	44.6	=9	泰国	60.0	10	泰国	22.2	10	中国	27.4	10	马来西亚	42.6
11	印度	29.4	11	印度	50.0	11	印度	16.7	11	菲律宾	26.9	11	印度	35.9
12	菲律宾	25.5	12	越南	40.0	12	巴基斯坦	11.1	12	印度尼西亚	20.2	12	菲律宾	31.9
13	越南	20.6	13	菲律宾	33.3	=13	印度尼西亚	0.0	13	越南	10.3	13	越南	24.0
14	印度尼西亚	16.7	14	印度尼西亚	25.0	=13	菲律宾	0.0	14	印度	10.0	14	巴基斯坦	23.8
15	巴基斯坦	12.8	15	巴基斯坦	15.0	=13	越南	0.0	15	巴基斯坦	0.5	15	印度尼西亚	15.1

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

附录 2：研究分析方法

亚太地区精神健康综合评价指数评测了 15 个亚太国家在精神疾病患者融入社会程度方面所提供的支持程度。它借鉴了 2014 年欧洲精神健康指数的框架，与业界专家确认了相关度，并且最终被认定为适合亚洲的背景。该指数旨在展现不同国家的优劣所在，并藉此探讨社区化护理融合的现状，以及现有政策需要作何改进。

指数分数包括四大类别：环境、机会、治疗可及性和治理。所有指标可分为两大类：

- 数量：指数的 18 个指标中有一个——“精神健康工作人员”——是基于定量数据的。它建立在四个子指标的基础上，覆盖了精神病医生、护士、心理学家和社会工作人员的数量。

- 质量：17 个指数是建立在国家精神健康服务交付或政策的不同元素的定性评估的基础之上的，通常结果呈现方式为整数范围 0-2 或 0-3（分数越高越好）。

数据来源：

经济学人智库的研究团队收集了 2016 年 3 月到 5 月的指数数据。在任何可能的情况下，我们都是使用来自官方来源的最近年份的公开可用数据。质量指标评分是根据公开可用的信息（例如政府政策和评论）和对各国专家的采访而得出的。质量指标由经济学人智库评分。

为保持数据可比性，我们根据以下公司对其进行了标准化处理：

标准化值 x = (x - **最小值** (x)) / (**最大值** (x) - **最小值** (x))

对于任一指标，最小值 (x) 和最大值 (x) 分别为 15 个国家的最低分和最高分。然后，经过标准化处理的数值会被转化为介于 0-100 之间的正数。定量分析也进行了类似处理，数值较高意味着融合环境更好。

各指数得分经过标准化处理，然后合计各个分类的得分，已进行综合对比。

分类和权重

所有指标可分为四大类：

- **环境：**该指标考虑了是否存在能帮助精神疾病患者享受稳定家庭和家庭生活的政策和条件。它包括安全住所和财政支持可用性等指标。

- **可及性：**该指标考虑了是否存在能帮助精神疾病患者享受健康医疗和社会服务的政策和条件。它包括可确保患者

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

知悉此类服务的外展项目等指标。

- **机会：**该指标考虑了是否存在可协助精神疾病患者找到工作、稳定工作并在工作中不受歧视的政策措施。

- **治理：**该指标考虑了是否存在可协助精神疾病患者对抗歧视并保护其人权的政策措施。它包括宣传活动和政策等能帮助精神疾病患者影响决策的指标。

由于每个类别的指标数量不同，而每个指标在指数中的权重相同（即 5.55% 或 100% 的 1/18），不同类别在国家的总分中的权重也不同。具体如下：

- 环境（5 个指标）28%
- 可及性（5 个指标）28%
- 机会（3 个指标）17%
- 治理（5个指标）28%

下表中简要介绍了各个指标、数据以及权重：

环境（5 个指标）	
利益和财政控制	是否存在社会福利，以及精神疾病患者对于个人财务的控制。
去机构化	是否存在去机构化政策，以及社区化去机构化治疗的财政支持程度。
家庭护理	社区中接受长期支持的精神疾病患者人数是否多于或少于长期在医院或机构的人数。
父母权利和监护	是否存在尽可能保护罹患精神疾病的父母的儿童监护权的政策
家庭和护理人员支持	是否存在可协助护理人员的资助计划，护理人员的法律权利保障，以及/或者是否存在家庭支持组织
可及性（5 个指标）	
进取性外展	是否存在社区化外展服务和其他专家社区精神健康服务
精神健康工作人员	反映每 10 万人口对应的精神病医生、心理学家、精神健康忽视和社会工作人员数量的综合分数
医疗体系中的倡导	国家是否为精神健康服务用户的倡导计划提供资金
治疗和用药的可及性	反映精神疾病患者享受不同治疗、情绪稳定剂和/或抗精神病药物的难易程度
监狱支持	患有精神疾病的收监人员的精神健康支持措施的普遍性，包括狱外监管
机会（3 个指标）	
回归工作计划	是否存在精神疾病患者回归工作计划；雇主为接纳此类员工而做出合理调整的法律责任；回归工作后如何寻求实践支持；是否有医生开具的“适宜工作”证明，等等。
就业安排计划	是否存在可帮助精神疾病患者找到工作的机制；为个人就业安排提供的资助计划；培训和职业支持项目；以及个人就业辅导资金。
工作相关的压力	国家是否有规定如何防止工作相关压力的职业健康政策和安全法规
治理（5 个指标）	
强制治疗	是否存在限制精神疾病患者自由或违背其意志进行治疗时必须满足的合理标准
人权保护	国家是否签署/认可人权公约，以及是否存在评估精神健康服务用户人权保护状况的审核机构
协作政策	政府部门（教育、就业、住房）为解决精神疾病患者需求是否存在互相协作
态度变更	工作场所和学校中精神健康推广项目的普及程度
患者视角的评估	评测精神健康医疗质量时将患者意见和反馈纳入考虑范围的程度

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

Footnotes:

[1] Australia, China, Hong Kong, India, Indonesia, Japan, Malaysia, New Zealand, Pakistan, the Philippines, Singapore, South Korea, Taiwan, Thailand, and Vietnam.

[2] In this study a "person living with mental illness" describes someone with a mental or behavioural disorder—but not a neurological condition—as described by the WHO's International Classification of Diseases ICD-10 classification.
这包括抑郁症、焦虑症和精神分裂症。不包括未达抑郁发作标准抑郁症状。

[3] Siow Ann Chong et al., "A Population-based Survey of Mental Disorders in Singapore," *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 2012; "Doctors say Vietnam has more mentally ill patients than reported," T*hanh Nien News*, 14 September 2013; "Mental health: Neglected in Thailand," *Bangkok Post*, 25 September 2012; Australian Bureau of Statistics, *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*, 2007; Ronald Kessler et al., "The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys," *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 2009.

[4] David Bloom et al., "The Economic Impact of Non-communicable Disease in China and India: Estimates, Projections, and Comparisons," Harvard Program on the Global Demography of Aging Working Paper 107, 2013; The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *The economic cost of serious mental illness and comorbidities in Australia and New Zealand*, 2016; OECD, *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, 2014.

[5] Sungwon Roh et al., "Mental health services and R&D in South Korea," *International Journal of Mental Health Systems*, 2016.

[6] "South Korea: Suicides cost society US$5.9 bln each year," *Asia Insurance Review*, 13 February 2015.

[7] Marc de Hert et al., "Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care," *World Psychiatry*, 2011; V A Morgan et al., "Psychosis prevalence and physical, metabolic and cognitive co-morbidity: data from the second Australian national survey of psychosis," *Psychological Medicine*, 2014.

[8] David Lawrence et al., "The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population-based registers," *BMJ*, 2013.

[9] The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *The economic cost of serious mental illness and comorbidities in Australia and New Zealand*, 2016

[10] Alexander Samy et al., "Mental Health in the Asia-Pacific Region: An Overview," *Journal of Behavioural Science*, 2015.

[11] Fiona Charlson et al., "The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis of community representative epidemiological studies," *Lancet*, 2016.

[12] Michael Phillips et al, "Prevalence, associated disability and treatment of mental disorders in four provinces in China, 2001–2005: an epidemiological survey, *Lancet*, 2009; Charlson et al., "Burden in China and India."

[13] Siow Ann Chong et al., "Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective," *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2012.

[14] Vikram Patel et al., "Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey," *World Psychiatry*, 2010; Antonio Lora et al., "Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries," *Bulletin of the World Health Organisation*, 2012.

[15] William Anthony,"Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993

[16] Darrel P Doessel et al., "Australia's National Mental Health Strategy and deinstitutionalization: some empirical results," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005.

[17] See also, Hiroto Ito et al., "Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia," *World Psychology*, 2012.

[18] Amanda Baxter et al., "Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing?" *PLOS ONE*, 2013.

[19] Amanda Baxter et al., "Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing?" *PLOS ONE*, 2013.

[20] See, for example, Subhashini Gopal and Anthony R. Henderson, "Trans-Cultural Study of Recovery from Severe Enduring Mental Illness in Chennai, India and Perth, Western Australia," *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2015.

[21] Samson Tse et al., "Can Recovery-Oriented Mental Health Services be Created in Hong Kong? Struggles and Strategies," *Administration and Policy in Mental Health*, 2013.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

[22] New Zealand Ministry of Health, *Rising to the Challenge: The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012–2017*, 2012; Department of Health and Ageing, *National Mental Health Report 2013: tracking progress of mental health reform in Australia 1993—2011*, 2013; "New Zealand," *WHO Mental Health Atlas*, 2011.

[23] Graham Thornicroft et al., "Impact of the 'Like Minds, Like Mine' anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination," *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014.

[24] Mary O'Hagan, "Recovery in New Zealand: Lessons for Australia?," *Australian eJournal for the Advancement of Mental Health*, 2004.

[25] See: Libby Gawith and Peter Abrams, "Long journey to recovery for Kiwi consumers: Recent developments in mental health policy and practice in New Zealand," *Australian Psychologist*, 2006.

[26] Department of Health and Ageing, *National Mental Health Report 2013: tracking progress of mental health reform in Australia 1993—2011*, 2013.

[27] "New Zealand Health System Review," *Health Systems in Transition*, 2014; New Zealand Ministry of Health, *Rising to the Challenge: The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012–2017*, 2012

[28] Harvey Whiteford et al., "Estimating treatment rates for mental disorders in Australia," *Australian Health Review*, 2013; Meredith Harris et al., "Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults," *Medical Journal of Australia*, 2015.

[29] Department of Health and Ageing, *National Mental Health Report 2013: tracking progress of mental health reform in Australia 1993—2011*, 2013.

[30] Pat Dudgeon et al., "Effective strategies to strengthen the mental health and wellbeing of Aboriginal and Torres Strait Islander people," *Closing the Gap Clearinghouse*, Issue paper 12, 2014.

[31] Government of Western Australia Mental Health Commission, *Mental Health 2020: Making it personal and everybody's business*, 2010.

[32] Australian National Mental Health Commission, *Report of the National Review of Mental Health Programmes and Services*, 2014.

[33] Anthony O'Brien, "Community treatment orders in New Zealand: regional variability and international comparisons," *Australasian Psychiatry*, 2014; UN Working Group on Arbitrary Detention, "Statement at the conclusion of its visit to New Zealand (24 March—7 April 2014)."

[34] Sarah Gordon and Anthony O'Brien, "New Zealand's mental health legislation needs reform to avoid discrimination," *The New Zealand Medical Journal*, 2014.

[35] Allan Wyllie and James Lauder, "Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness Survey 12," Research Report for Ministry of Health, 2012.

[36] Allan Wyllie and James Lauder, "Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness Survey 12," Research Report for Ministry of Health, 2012.

[37] Calum Thornicroft et al., "Impact of the 'Like Minds, Like Mine' anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination," *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014.

[38] Sungwon Roh et al., "Mental health services and R&D in South Korea," *International Journal of Mental Health Systems*, 2016.

[39] William Chui et al., "Community psychiatric service in Hong Kong: Moving towards recovery-oriented personalized care," *Asia-Pacific Psychiatry*, 2012.

[40] Sungwon Roh et al., "Mental health services and R&D in South Korea," *International Journal of Mental Health Systems*, 2016.

[41] "Breaking point: Hong Kong's overburdened mental health care system in need of a fix," *South China Morning Post*, 13 February 2016.

[42] Alan Tasman, "Too Few Psychiatrists for Too Many," *Psychiatric Times*, 16 April 2015; Ruth Taplin and Sandra Lawman, eds., *Mental Health Care in Japan*, 2012.

[43] OECD. Stat database, accessed 8 August 2016.

[44] Ryozo Matsuda, "Review of Mental Health Care Reform," *Health Policy Monitor*, 2009

[45] Hiroto Ito et al., "The Regional Health Care Strategic Plan: The Growing Impact of Mental Disorders in Japan," *Psychiatric Services*, 2013.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

[46] Koji Yoshida and Junichiro Ito, "Recovery-Oriented Community-Based Mental Health Service in Japan," *International Journal of Mental Health*, 2012.

[47] Sungwon Roh et al., "Mental health services and R&D in South Korea," *International Journal of Mental Health Systems*, 2016.

[48] Hiroto Ito, "Mental Health Policy and Services: Where we stand," Chapter 2 of Ruth Taplin and Sandra Lawman, eds., *Mental Health Care in Japan*, 2012; Sungwon Roh et al., "Mental health services and R&D in South Korea," *International Journal of Mental Health Systems*, 2016.

[49] OECD, "Japan," *OECD Reviews of Health Care Quality*, 2014; Hiroto Ito et al., "The Regional Health Care Strategic Plan: The Growing Impact of Mental Disorders in Japan," *Psychiatric Services*, 2013.

[50] Hiroto Ito, "Mental Health Policy and Services: Where we stand," Chapter 2 of Ruth Taplin and Sandra Lawman, eds., *Mental Health Care in Japan*, 2012.

[51] Anita Chi-Kwan Lee and Gigi Lam, "Hong Kong's Mental Health Policy– Preliminary Findings," *International Journal of Social Science and Humanity*, 2015; Samson Tse et al., "Mental health services in Hong Kong" in *Routledge Handbook of Psychiatry in Asia*, 2015.

[52] Myung-Soo Lee et al., "Service Priority and Standard Performance of Community Mental Health Centers in South Korea: A Delphi Approach," *Psychiatry Investigation*, 2009.

[53] Christoph Lauber and Wulf Rössler, "Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia," *International Review of Psychiatry*, 2007; Kathleen Griffiths et al., "Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan," *BMC Psychiatry*, 2006.

[54] Allan Wyllie and Ralph Brown, "Discrimination Reported by Users of Mental Health Services: 2010 Survey," Report for New Zealand Ministry of Health, 2011.

[55] Claire Henderson et al., "Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings," *Lancet*, 2014.

[56] Shuntaro Ando et al., "Review of mental-health-related stigma in Japan," *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2013.

[57] Christoph Lauber and Wulf Rössler, "Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia," *International Review of Psychiatry*, 2007.

[58] Institute of Mental Health, *Mind Matters: A Study of Mental Health Literacy*, 2014.

[59] L H Yang, "Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: synthesis and new directions," *Singapore Journal of Medicine*, 2007.

[60] Hong Ma, "Network Building of Chinese Mental Health Care–Introduction of 'Project 686'," January 2015, presentation available at <https://www.nationalacademies.org/ hmd/~/media/Files/Activity Files/Research/NeuroForum/2015-JAN-13/ Presentations/ HongManew Introduction of Project 686 in China 20150110Ma Hong.pdf>; Hong Ma, "Integration of hospital and community services–the '686 Project'–is a crucial component in the reform of China's mental health services," *Shanghai Archives of Psychiatry*, 2012.

[61] "Mental Health Service Plan," 2016, presentation at http://www.srithanya.go.th.

[62] Michael Phillips et al, "Prevalence, associated disability and treatment of mental disorders in four provinces in China, 2001–2005: an epidemiological survey, *Lancet*, 2009; Yu-Tao Xiang et al., "Mental health in China: challenges and progress," *Lancet*, 2012; Wendy Diana Shoesmith and Nicolas Pang, "The Interpretation of Depressive Symptoms in Urban and Rural Areas in Sabah, Malaysia," *ASEAN Journal of Psychiatry*, 2016; "Mental Health Service Plan," 2016, presentation at http://www.srithanya.go.th.

[63] "Mental Health Service Plan," 2016, presentation at http://www.srithanya.go.th; Daniel Wong, "A critical review of mental health and mental health related policies in China," *International Journal of Social Welfare*, 2014.

[64] "Malaysia needs 900 more psychiatrists," *Rakyat Post*, 12 October 2014.

[65] Vikram Patel et al., "The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China," *Lancet*, 2016

[66] Daniel Wong, "A critical review of mental health and mental health related policies in China," *International Journal of Social Welfare*, 2014.

[67] WHO, *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Thailand*, 2006.

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

[68] "The Kingdom of Thailand Health System Review," *Health Systems in Transition*, 2015; Yaowaluck Meebunmak, "Community mental health care in Thailand: Care management in two primary care units," Doctoral thesis, Murdoch University, 2009.

[69] Chettha Kaewprom, "Perceptions and practices regarding recovery from Schizophrenia among Thai mental health nurses," doctoral thesis, University of Wollongong, 2011.

[70] Vikram Patel et al., "The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China," *Lancet*, 2016

[71] P Burnard et al., "Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study," *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006.

[72] Amber Haque, "Mental health concepts and program development in Malaysia," *Journal of Mental Health*, 2005.

[73] Jagadisha Thirthalli et al., "Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China," *Lancet*, 2016.

[74] Amber Haque, "Mental health concepts and program development in Malaysia," *Journal of Mental Health*, 2005.

[75] WHO, *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Thailand*, 2006, WHO, *Mental Health Atlas 2011, Thailand Country Profile*, 2011.

[76] Vikram Patel et al., "The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China," *Lancet*, 2016; "Mental health in China: what will be achieved by 2020?" *Lancet*, 2015.

[77] WHO, *Mental Health Atlas 2011*, Malaysia Country Profile, 2011.

[78] Amina Tareen and Khalida Ijaz Tareen, "Mental health law in Pakistan," *BJPsych International*, 2016.

[79] "The Philippines Health System Review," *Health Systems in Transition*, 2011.

[80] Vikram Patel et al., "The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China," *Lancet*, 2016

[81] Rachel Jenkins et al., "International Migration of Doctors, and Its Impact on Availability of Psychiatrists in Low and Middle Income Countries," *PLOS One*, 2010.

[82] AA Gadit, "Out-of-Pocket expenditure for depression among patients attending private community psychiatric clinics in Pakistan," *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2004.

[83] Maria Niemi, "Mental health priorities in Vietnam: a mixed-methods analysis," *BMC Health Services Research*, 2010.

[84] Fiona Charlson et al., "The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis of community representative epidemiological studies," *Lancet*, 2016; Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, 2016.

[85] WHO, *WHO-AIMS Report on Mental Health System in the Philippines*, 2007.

[86] *Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, 2016.

[87] "Mentally ill suffer a horrible fate in India" *DW [Deutsche Welle online]*, 23 August 2013; Human Rights Watch, *"Treated Worse than Animals" Abuses against Women and Girls with Psychosocial or Intellectual Disabilities in Institutions in India*, 2014.

[88] "Suicide and the need for a mental health law," *Philippine Star Global*, 3 August 2015.

[89] Muhammed Irfan, "Integration of mental health in primary care in Pakistan," *Journal of the Postgraduate Medical Institute*, 2013; "Only 490 psychiatrists for 100 million Pinoys," *Rappler*, 10 October 2014.

[90] *Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, 2016.

[91] Mamnuah et al., "Literature review of mental health recovery in Indonesia," *GSTF Journal of Nursing and Health Care*, 2016

[92] "Mentally ill suffer a horrible fate in India" *DW [Deutsche Welle online]*, 23 August 2013; Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, 2016.

[93] I Irmansyah et al., "Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed," *International Journal of Mental Health Systems*, 2009; Hans Pols, "The Development of Psychiatry in Indonesia: From Colonial to Modern Times," *International Review of Psychiatry*, 2006.

[94] Vikram Patel et al., "The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China," *Lancet*, 2016

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

[95] "Indonesia lacks psychiatrists," *The Jakarta Post*, 10 September 2011.

[96] National Rural Health Alliance, "Mental Health in Rural and Remote Australia," Fact Sheet, May 2016, http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-election-mental-health-factsheet-1.pdf

[97] Ying-Yeh Chen et al., "Suicide in Asia: Opportunities and Challenges," *Epidemiological Review*, 2012; Herbert Hendin et al., "Epidemiology of Suicide in Asia," chapter 1 of Hendin et al., *Suicide and Suicide Prevention in Asia*, 2008; New Zealand Ministry of Health, "Suicide Facts: Deaths and intentional self-harm hospitalisations 2012," 2015.

[98] Adrian Furnham and Aseel Hamid, "Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature," *Mental Health Review Journal*, 2014; Yu Yu et al., "Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population," *BMJ Open*, 2015; Kathleen Griffiths et al., "Mental health literacy as a function of remoteness of residence: An Australian national study," *BMC Public Health*, 2009.

[99] Kathleen Griffiths et al., "Mental health literacy as a function of remoteness of residence: An Australian national study," *BMC Public Health*, 2009.

[100] Julie Schoonover et al., "Perceptions of Traditional Healing for Mental Illness in Rural Gujarat," *Annals of Global Health*, 2014.

[101] Yu Yu et al., "Mental Health Help-Seeking Intentions and Preferences of Rural Chinese Adults," *PLOS One*, 2015.

[102] "Ministry of Health looks to dig deeper into rural mental health issues," *nzDoctor.co.nz*, 3 May 2016.

* Compare, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare

© The Economist Intelligence Unit Limited 2016

本报告经审慎编订，务求提供准确的资料。对于任何人因依据本报告或本报告所述的任何信息、观点或结论行事而造成的损失，经济学人智库（The Economist Intelligence Unit/EIU）概不负责。

封面图像 - © Thinkstock

LONDON
20 Cabot Square
London
E14 4QW
United Kingdom
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
E-mail: london@eiu.com

NEW YORK
750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
United States
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
E-mail: americas@eiu.com

HONG KONG
1301 Cityplaza Four
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
E-mail: asia@eiu.com

GENEVA
Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
E-mail: geneva@eiu.com