

# НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ 2017 – 2023 ГОДИНА

## I. Увод

Психичните разстройства в много голяма степен се обуславят от комплекс от взаимосвързани биологични, психологични и социални фактори, или т. нар. биопсихосоциален модел, където в преобладаваща част от случаите биологичната компонента не е водеща, а по-скоро съпътстваща основната причина за тяхната поява. Биологично обусловените заболявания, като шизофрения, епилепсия, биполарно разстройство и др. са значително по-малко разпространени от т. нар. „чести“ (в миналото наричани „невротични“ разстройства), където причините са психодинамични и социални. От друга страна, макар епидемиологичните проучвания в световен мащаб да показват, че шизофренните разстройства са в порядъка от 1-2% от общата популация, тяхната социална значимост е огромна. Това е причината именно тези разстройства да определят облика на дадена система от психично-здравни услуги, която неминуемо ще следва принципите на биологичния подход и институционалната изолация. В исторически план в Европа този подход е преодолян още през втората половина на миналия век с концепциите за деинституционализация, въвеждане на биопсихосоциалния модел и психосоциалната рехабилитация за хората с тежки психични разстройства.

През последните 15 години бяха направени промени в здравното и социалното законодателство. Въведени бяха нови правила, които решаваха до известна степен най-необходимите проблеми. Дефинирани бяха групите потребители на психично-здравни услуги, описана беше процедурата за задължително лечение съгласно европейските правозащитни изисквания, разпределени бяха отговорностите за опазване на психичното здраве между различните институции в държавата. В закона за социалното подпомагане за първи път бяха описани новите структурни звена, предоставящи дейности по психосоциалната рехабилитация, като защитен дом, дневен център за хора с увреждания, социален асистент, домашна грижа и пр. С финансиране по европейски програми и предприєдинителни фондове от страна на Агенцията за социално подпомагане бяха разкрити редица центрове за рехабилитация и други форми на обслужване на хора с увреждания, включително психични увреждания. Създаде се възможност за устойчиво (макар и недостатъчно) финансиране на тези нови структури, които постепенно да изградят алтернативна мрежа от социални и психично-здравни услуги в общността.

През 2006 г. беше приет План за действие към Политиката за психично здраве, приета още през 2005 г., която до голяма степен доразви принципите, залегнали в Програмата за психично здраве от 2001 - 2005 г. Изработването на тази Политика включваше и постановките от Генералния план за психично здраве, подготвен от група финландски експерти в рамките на друг мащабен европейски туинингов проект между България и Института по общественото здраве на Финландия СТАКЕС.

Актуализираният план за действие през 2006 г. набелязваше основни посоки на развитие на деинституционализацията и въвеждането на формите на общественото базирана психиатрия, която да замени досегашната приютна форма на болнично психиатрично обслужване. В крайна сметка обаче изпълнението на приетите документи се оказва различно от изпълнението на политическите програми от сменящите се правителствени екипи през последните години. Липсата на финансиране и хаотичното изпълнение на различни пилотни проекти с външни средства на практика блокира

реформата в тази област. След повече от петнадесет години от началото на промените в системата на здравеопазване психиатричната мрежа си остава нереформирана, хаотична и неефективна. Реформата по отношение обслужването на хората с тежки психични разстройства на практика не се състоя, а институционалният характер на съществуващата мрежа от психиатрични служби се запази. Заедно с него се запази и институционалният дух на повечето от професионалистите, което не допринесе за подобряване на качеството на услугите и на живота на хората с тежки психични разстройства.

Ето защо процесът на деинституционализацията на психиатричната система и изграждането на система от служби и услуги за психосоциална рехабилитация на лица с тежки психични разстройства трябва да продължи чрез утвърждаване на интересекторния подход и реализация на целеви обучения за работа в екип (медицински специалисти, социални работници, полицаи, учители, здравни медиатори и др.), работа в семейството на пациента, работа в общността.

Наред с това епидемиологичните данни показаха ясно съществуването на една голяма група от страдащи от т. нар. чести психични разстройства, при които не се стига до сериозни нарушения в социалното функциониране. Тази значителна по процент на разпространение група разстройства малко или повече не беше обект на интервенции в цитираните по-горе стратегически документи. Проучванията показват, че има несъответствие между високото ниво на болестност от чести психични разстройства и ниската обръщаемост по този повод. Има сериозни основания да се смята, че причините за това се крият в спецификите на организацията на психиатричната помощ, която не създава благоприятни условия за ползване на тези услуги.

Според изследване правено у нас през 2003-2007 г. като част от световно епидемиологично изследване на психичното здраве 21% от тоталната загуба на работни дни поради боледуване се дължат на психичните разстройства.

От друга страна, промоцията на психичното здраве и превенцията на психичните разстройства, осъществявани чрез програми за намаляване на стреса в ежедневието и на работното място, справяне с домашното насилие, профилактика на самоубийствата и ранни интервенции при кризи, ще допринесат за подобряване на общия здравен статус на населението в съответствие с мотото на СЗО: „Няма здраве без психично здраве”.

В този проект на програмата са представени основните принципи на психиатрично обслужване, които касаят основно лицата с тежки психични разстройства. Описани са и необходимите нови услуги и структури, които да посрещнат нуждите от лечение на тази една пета от населението, страдаща от т. нар. чести психични разстройства.

### **Принципи на модерното психиатрично обслужване**

#### **Фиксирана отговорност**

Принципът на фиксираната отговорност предполага поемане на отговорност и събиране на информация от страна на конкретен професионалист за цялостното движение на пациента в хода на неговото боледуване и възстановяване през различните етапи на ползване на психично-здравни услуги.

### ***Партиципативност или социално участие***

Вторият важен принцип е принципът на партиципативността, или социалното участие в процеса на възстановяване на загубени социални умения. Ключов елемент в този процес е образованието на гражданското общество, неговата информираност за възможните ограничения на лечебната система и негативните последици от дадено професионално поведение. Процесът на обучение именно затова трябва да включва и самите професионалисти – психиатри, психолози, социални работници, сестрински персонал и др.

### ***Активно издирване***

Активното издирване е комплекс от техники и механизми за установяване на контакт с лица с психични разстройства от страна на службата за психично здраве.

Необходимостта от активно издирване се определя от дефицита на мотивираност за лечение и контакт със службите от страна на страдащите пациенти, а не от стремежа обществото да бъде предпазвано от тях.

### ***Интегриране на службите***

Осъществяването и спазването на този принцип гарантира ангажираността на различните специализирани служби и професионалисти в системен и координиран порядък.

### ***Приемственост на грижите и водене на случай***

Приемствеността на грижите означава, че пациентът има право на избор да бъде обслужван от един и същи екип, а в процеса на лечение и рехабилитация да има осигурена връзка между специалистите, ангажирани в този процес. След изписването информацията за този пациент трябва да постъпва автоматично в следващото звено от грижи в общността – социалната служба, защитения дом и пр. Изграждането на такава система на приемственост на грижите се нарича водене на случай. Тази техника изисква нов клас от изпълнители на психично-здравни услуги, които да следват пациента в неговото движение в лечебно-рехабилитационния процес.

### ***Информационно осигуряване***

Воденето на случай е съпроводено с необходимостта от надеждна информация, която да обслужва водещия случай и да създава условия за поддържане на контакта с пациента. Една добре работеща и всеобхватна информационна система за психично здраве трябва да отговаря на редица изисквания, които произтичат от естеството на работата на екипите, които обслужва.

- Да подпомага грижата за отделните пациенти
- Да прави оценка на качеството на грижите
- Да анализира обслужването по отношение на структури, процеси и резултати
- Да проучва потребностите на населението
- Да служи за планиране и развитие
- Да служи за научни проучвания в областта на психиатричната помощ.

### ***Минимално ограничение на болния***

Този принцип означава търсене на алтернативи на едно задължително лечение или ограничителен режим в стационарни условия.

## **Видове структури и услуги, основани на изброените принципи**

### ***Психосоциална рехабилитация***

Целите на рехабилитацията варират от възможността за пълно възстановяване на социалните функции на пациента до създаване на ограничени способности за самообслужване в тежките случаи на болестта. Осигуряването на комплексна рехабилитация на хората с увреждания е задължително условие за пълноценното им включване в живота на обществото. Рехабилитацията на хората с увреждания е цялостен процес и трябва да се създават програми и структури, които да осигуряват последователното провеждане на стъпките от този процес, а именно – медицинска, професионална и социална рехабилитация.

### ***Център за психично здраве в общността***

Концепцията за такъв център включва както медицински дейности, така и социални услуги независимо от различните организационни форми на администриране и финансиране. Като основна единица в системата на модерната психиатрична помощ Центърът за психично здраве в общността съчетава в себе си всички описани функции на модерната психиатрия като медицинска дейност, психосоциална рехабилитация, спешна психиатрия, домашна грижа. Към това трябва да се прибави и ранното откриване на психични разстройства, проследяване и управление на случаите, връзки със социалните, образователните и правозащитните служби, връзки с общопрактикуващите лекари и специалистите в извънболничната помощ, създаване на бази данни, промотивни и профилактични дейности, предоставяне на психично-здравна информация за гражданите.

### ***Дневен център***

Дневните центрове за хора с увреждания предоставят комплекс от социални услуги в общността, които създават условия за цялостно обслужване на потребителите през деня, свързани с предоставяне на храна, задоволяване на ежедневните, здравните, образователните и рехабилитационните потребности, както и на потребностите от организация на свободното време и личните контакти.

### ***Защитено жилище***

Защитеното жилище представлява вид здравно-социална услуга, предоставяна в общността, в която хората водят независим начин на живот, подпомогнати от професионалисти. Предоставяните услуги отговарят на стандартите и критериите, предвидени в Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане: за местоположение и материална база; за хранене; здравни грижи; образователни услуги и информация; организация на свободното време и личните контакти; квалифициран персонал. Услугите се основават на социална работа при прилагане на индивидуален подход и съобразно конкретните потребности на всяко настанено лице. Социалната работа се осъществява чрез изготвяне на индивидуални програми за социално включване с оглед задоволяване потребностите на ползвателите на социалната услуга. Организиран се мероприятия, запознаващи обществеността със специфичните потребности на хората с увреждания.

## **II. Състояние на психиатричната помощ в България към м. декември 2015 г.**

## **Организация на психиатричното обслужване**

През 2015 г. психиатричната помощ в България се осъществява от 12 държавни психиатрични специализирани болници с общо 2383 легла, 12 психиатрични диспансера (Центрове за психично здраве) с 1585 легла, 5 психиатрични клиники (към университетски болници) с 534 легла и 17 психиатрични отделения към многопрофилни болници с 457 легла. Общо за страната осигуреността с психиатрични легла е 6,9 на 10 000 души население. Броят на психиатричните легла е 4959 (10.2% от всички легла).

В областта на детската психиатрия функционират две университетски клиники и структури, развиващи повече или по-малко някои от формите на детско психиатрично обслужване. С оглед на крайно недостатъчния брой на детските психиатри, работещи в публичния сектор, е необходимо регламентирането на сътрудничеството и координацията с общите психиатри при юношите над 14 г. и особено във възрастта 16-18 г. и най-вече при тези с психотични разстройства. Понастоящем с проблемите на детско-юношеската възраст се занимават специалисти в няколко центъра – София, Варна, Русе, Пловдив, Търговище, Кюстендил и Плевен – без устойчива координация помежду им. Стационарни легла има в София, Варна и Търговище.

Дневните центрове, защитените жилища и предоставяните от тях услуги в областта на психичното здраве, разкривани по Закона за социалното подпомагане, функционират паралелно и независимо от лечебните заведения в съседство. Липсва комуникация и проследяване на случаите. Леглата са разпределени неравномерно в различните административно-географски райони на страната. Освен в заведения с легла, психиатрична помощ се оказва и в служби без леглова база.

На територията на някои психиатрични заведения са разкрити социални услуги, което вместо да подпомогне процеса на деинституционализация, задълбочава връзката на пациентите със стационара.

## **Дейности**

През 2015 г. са осъществени 52 845 хоспитализации (2 672 на лица до 18 г. 0,9%, 44 497 на лица между 18 и 65 г. 3,7% и 5 676 на лица над 65 г. 0.7%), което представлява 2,3% от общия брой на хоспитализациите. Най-голям относителен дял имат лицата в трудоспособна възраст.

Преобладаващият брой (близо 40%) стационарно лекувани пациенти са болни от шизофрения и шизотипно разстройство, следват болните с афективни психози, тревожни разстройства и синдром на алкохолна зависимост.

Първичните хоспитализации са най-малко при болните с афективни психози (10%), следвани от шизофрения (12,6%) и от пациентите с депресивни разстройства (18%).

Около 11% са хоспитализираните пациенти със зависимост. Голяма част от тези болни се рехоспитализират многократно.

През 2015 г. средният за страната болничен престой е 27,2 дни.

## **Себестойност на психиатричното обслужване**

Остойносттаването на психично-здравните грижи в момента се прави на основата на калкулации на видимите вложения в психиатрията – медикаменти, храна, поддържане на материалната база, заплащане на труда на професионалистите. Като единица мярка за стойността на грижите в България в момента се приема „един леглоден” и „един

лекарстводен”. В същото време ефективните грижи предполагат много невидими вложения – квалификация на екипа, прекарано време от член на екипа с определен профил с даден пациент, нагласи на лекуващия екип и т.н. Тези вложения трудно се поддават на остойностяване, но взимането им под внимание чувствително би променило калкулираната себестойност на здравните грижи и би позволило планиране на ресурсите с оглед на конкретни потребности.

През 2014 г. средната стойност на един леглоден в психиатричните заведения в страната е 32 лв. В психиатричните стационари към ЦПЗ и университетските болници той е по-висок от средния за страната (съотв. 37 и 42 лв.). Най-нисък е разходът в държавните психиатрични болници – 27 лв. Средният разход за един лекарстводен за всички психиатрични стационари е между 1,4 и 2 лв. Повече от 50% са за сметка на вложения труд (заплати за персонал). От друга страна, данните показват, че заплащането на работещите в психиатричните стационари е по-ниско от останалите специалности и най-ниско в държавните психиатрични болници.

Стойността на един преминал болен в ДПБ е 2 010 лв., в ЦПЗ 757 лв., в различните нива на болничните структури от 550 до 711 лв. Стойността на един леглоден в ДПБ и ЦПЗ е изравнена – съответно 35,87 лв. и 37,30 лв.

Изводът, който може да бъде направен от тези данни, е, че лечението на болните в ДПБ е за сметка на условията в стационара и ниското заплащане на персонала, работещ там<sup>1</sup>.

### **Човешки ресурси в психиатричната система**

В момента основните професии, ангажирани в психиатричната система, са психиатрия и общо сестринство. Професии като клинична психология, клинична социална работа, психиатрично сестринство и психотерапия не са представени въобще или са диспропорционално представени като процент от общия брой специалисти.

През 2015 г. в България активно практикуват професията 517 психиатри, което означава 7,2/100 000, или 1 психиатър на около 14 000 души население. От тези психиатри 79% работят в психиатрични стационари, а 21% в амбулаторни служби. Броят на детските психиатри с призната специалност по детска психиатрия в страната е само 26 при крайно неравномерно териториално разпределение.

Тези показатели поставят България на последно място в Европа.

В системата на психиатричната помощ работят 1 151 медицински сестри, 84 фелдшери, 134 психолози, 56 социални работници и други кадри. Редица професии, които навлизат в психиатричната система при преориентирането ѝ към обслужване в общността, като клинична психология, клинична социална работа, психиатрично сестринство и др., сега практически отсъстват от екипите на психиатричните служби или се нуждаят от обновяване на длъжностните си характеристики.<sup>2</sup>

### **Обучение**

В момента обучението на кадри за психиатричната система се извършва от 5 катедри по психиатрия към медицинските университети в страната, в няколко катедри по психология и социална педагогика в други университети и по специалността клинична

---

<sup>1</sup> НЦОЗА, 2016 г.

<sup>2</sup> НЦОЗА, 2015 г.

психология и клинична социална работа в Нов български университет в сътрудничество с Медицинския университет в София. Обучение за придобиване на специалност по детска психиатрия – по единна за страната програма – се извършва в медицинските университети в София и Варна, правят се постъпки да се включи и Пловдив. Съществена част от обучението по магистърската програма Детска психология на Софийския университет се провежда от Университетската клиника по детска психиатрия в София. Програмите за обучение и специализация не са стандартизирани и всяка от обучителните институции предлага знания и компетентности по свой избор. С изключение на няколко програми, липсва акцент върху развитието на клинични умения.

### **III. Основни недостатъци на психиатричното обслужване**

Като цяло психиатричното обслужване в страната е **фрагментарно, несистемно и неотчитащо индивидуалните нужди на пациентите**, особено на тези с тежки психични разстройства.

Липсва задоволителна **категоризация и профилиране на услугите**, отсъстват обособени програми от грижи с указани критерии за прием и изписване и с изчислен капацитет. Това затруднява остойностяването, планирането и управлението на здравните грижи. Трудно се вземат решения относно вида и квалификацията на персонала и необходимите допълнителни ресурси. Няма валидна технология и процедура за оценка на резултата от дейността на службите. Начинът на регистрация и събиране на статистически данни за използваемост на службите поражда съмнения в тяхната достоверност и не позволява използването им за целите на взимане на управленски решения.

В **географско отношение** психиатричното лечение се извършва в заведения, които често отстоят на значително разстояние от дома на пациентите и затрудняват поддържането на връзки с близките. Възможностите на психиатричната система да предоставя психосоциална рехабилитация са недостатъчни. Психиатричните болници не извършват необходимата комплексна диагностика и лечение на коморбидни състояния, които се изискват от приетите стандарти за стационарно обслужване. До голяма степен поемат и ролята на домове за хора с психични разстройства, практика, която съществува от десетилетия.

Един голям проблем в цялостното обслужване на пациентите е липсата на **приемственост на грижата** след приключване на стационарното лечение. Огромна роля за това имат центровете за психично здраве, които би трябвало да осигуряват прехода от институционална към амбулаторната форма на лечение на психичноболните.

**Амбулаторната дейност** е до голяма степен независима и необвързана със системата на общински и държавни психиатрични структури.

Няма система за **оценка на ефективността** на провежданите дейности. Психиатричните стационари измерват междинните резултати (брой хоспитализации) на дейността, но не отчитат крайните резултати от нея (принос към здравето). Няма практика на управление, основана на здравно-икономически анализи, което прави системата нежизнеспособна в пазарни условия.

Преобладава **медицинският модел** за психичната болест. Кадрите са почти изключително медицински и решението на проблемите се търси по линията на справяне със синдрома и липса на проследяване в периода след активното лечение. Сериозната психична болест обаче остава спътник за цял живот и изисква решения по линия на подобряване качеството на живота на болния и възвръщане на смисъла от него. Сегашната система е безпомощна пред тези изисквания. Липсва концепция как да бъдат приобщени приносите на немедицинските специалности.

Липсват програми за интервенции по типични за **детско-юношеската възраст** проблеми, като хранителни разстройства, ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в нервнопсихичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства пр. Недостигът на специалисти е един от големите проблеми в тази област.

Липсва система за **съдебно-психиатрична експертиза**, система за развитие на кадри и програми за проследяване на пациенти с общественоопасно поведение.

Недостатъчни условия за **сдружаване** на психичноболните в организации, защитаващи техните права. Перспективата за овластяване по отношение управлението на собственото си боледуване е нереалистична, макар това да е факт в редица европейски страни.

Според редица данни от Евростат и СЗО България е на последно място по **разходи** за здравеопазване на глава от населението. По отношение на психичното здраве нещата са влошени в геометрична прогресия, тъй като разходите за психиатрична помощ са около 2% от общите разходи за здравеопазване, което прави несравними данните за разходи на глава от населението с други страни. За 2015 г. разходите за едно легло в държавните психиатрични болници са от два до пет пъти по-ниски в сравнение с другите многопрофилни и специализирани болници и национални центрове в страната. Подобно е съотношението и по отношение на центровете за психично здраве (бившите психодиспансери) спрямо другите национални центрове.

**Психиатричната стигма** в България е силна, неосъзната и има икономически последици. Психичноболните в България са социално дискриминирани. Това проличава особено ярко, ако се съпостави съотношението преки/непреки разходи у нас с това в чужбина. Преки са разходите за лекари и лекарства, а непреки – тези за грижи и гледане в семейството. При шизофренията това съотношение е 1:12 в България, докато в другите страни е 1:2.

Психичноболните са **дискриминирани и от законодателството**: редица нормативни и поднормативни актове въвеждат ограничения за лицата, диагностицирани като психиатрични случаи на основание на поставената диагноза, вместо на основата на експертно защитен риск от опасно поведение в случая с конкретното лице.

**Информацията** за психичните разстройства е недостатъчна. Продължава да съществува нагласата да се омаловажават изнесените данни за самоубийствата и за качеството на психично-здравното обслужване. От страна на медиите информацията в огромна част от случаите се поднася сензационно и стигматизиращо, без да постига превантивен ефект.



#### **IV. Основни подходи при осъществяване на програмата.**

##### **Доставяне на грижите в дома на болния.**

Новите здравни технологии са в състояние да доставят грижите в дома на болния. Развитието на гражданското общество и модерната психиатрия създават възможност за психично-здравни грижи, които не се базират на изолация на психичноболните, а позволяват тяхното участие в естествените човешки общности. С въвеждането на здравната реформа такива възможности възникват и у нас.

##### **Разглеждане на лечебните услуги в тяхната взаимосвързаност.**

Психичната болест се разглежда като проблем на индивида и неговата общност. Решаването на този проблем е свързано с прибегване до общите и специализирани медицински ресурси, както и до социалните и човешки ресурси на общността. За целта програмата ще регламентира взаимосвързаността на структурите и функциите в психично-здравната област.

##### **Взаимосвързаност на структурите и изграждане на алгоритми.**

Програмата ще постави структурите на общността, които участват в лечението и грижите, в устойчива връзка. Тя ще разработи правила, клинични препоръки, процедури и критерии за оценка, съставляващи алгоритми за психично-здравни услуги, които ще осигурят непрекъснатост и комплексност на цялостния процес на психиатрично обслужване. В изработването на тези алгоритми ще се ангажират представители и специалисти от следните структури:

- амбулаториите за първична и специализирана медицинска извънболнична помощ;
- лечебните заведения за болнична помощ;
- лечебните заведения в системата на други ведомства (МП, МО, МВР, МТ);
- социалните служби и службите по трудова заетост и жилищна политика към общините;
- неправителствените организации и юридическите лица с нестопанска цел – сдружения и фондации с подобни и сходни цели.

##### **Координация с други програми**

За да се гарантира интегритета на процеса на психиатрично обслужване, алгоритмите за психично-здравни услуги ще се координират и обвързват с други здравни и социални програми:

- рехабилитационни програми;
- програми за превенция на алкохолизма и наркоманиите;
- програмите за превенция и промоция на здравето и др.

##### **Създаване на регионални програми за психично здраве**

Реформата ще доведе до създаване на регионални програми за психично здраве, чиито задачи ще бъдат подчинени на:

- утвърждаване принципите за работа на реформираните психиатрични структури в областта;

- изясняване ограничителните условия (тесните места), които могат да влияят върху скоростта на въвеждане на промените;
- изработване оценка на потребностите на населението в областта от психично-здравните дейности;
- изработване на методология за оценяване на съществуващите психично-здравни дейности;
- планиране и финансово обезпечаване на психично-здравната реформа в областта;
- мониториране и осигуряване на непрекъснатост в реформата.

### **Обществено-здравен подход**

Здравето и благополучието на индивида ще се разглеждат в тяхната съвместна обусловеност с неговото социално и човешко обкръжение. Принцип на реформата е максимално възвръщане на психиатричния пациент в социалната среда и успоредно с това създаване на толерантна среда за реинтеграцията му в общността.

### **Осигуряване на здравни услуги според естеството на проблема и потребностите, свързани с него.**

Реформата ще обособява и аргументира приоритети на психиатричното обслужване от позициите на равнопоставеност и на основата на данни за цялата популация (не само за потърсилите помощ).

### **Услуги на територията на общността**

Лицата с психични разстройства ще се обслужват в общността, в която живеят. В резултат от специални стъпки ще се привлекат да участват семействата и микрообщността (населеното място, квартала). Лечебният процес ще бъде децентрализиран.

### **Прилагане на пакета от закони представляващи правната основа на реформата**

Програмата ще приведе националната система за психиатрична помощ в съгласие с изискванията на Закона за лечебните заведения, Националната здравна карта, Закона за здравното осигуряване, Закона за съсловните организации на лекари и стоматолози и подготвяните нови закони и нормативни актове.

### **Въвеждане на модерни медицински технологии**

Употребата на новите технологии, станали достъпни на модерната психиатрия, ще се улесни и насърчи от реформата. Новите структури и съобразените с условията на пазарната икономика управленски подходи, които реформата въвежда, ще осигурят това.

### **Психосоциална рехабилитация**

Програмата ще насърчи прехода от институционализиран живот, който оползотворява „остатъчната работоспособност” на лицето, към рехабилитация, която води до разширяване на социалното участие и се провежда в общността.

## **Зачитане на човешките права на психичноболните и участие на пациентите в управлението**

Гарантирането, ефективното признаване и защитата на гражданските права и свободи на лицата с психични разстройства е общонационална задача, която Националната програма за психично здраве решава на две нива. На първо място, тя интегрира ценностите на гражданското общество в регламента и правилата на дейността на психиатрията. На второ място, тя създава процедури за контрол над съблюдаването на етичните принципи и човешките свободи в практиката на обслужването.

Програмата ще осигури въвличане на пациентите в планирането и провеждането на превантивни и рехабилитационни дейности и ще насърчи тяхната отговорност за опазване на здравето. Тя ще насърчи дейности в неправителствения сектор за организирано представяне на интересите на психичноболните и техните близки в предоставянето на психично-здравни услуги.

## **V. Цели на Националната програма за психично здраве**

Основна цел на Националната програма за психично здраве е да създаде условия за намаляване на честотата на психичните заболявания сред българското население, като преформулира, осъвремени и подпомогне финансово съществуващите структури на психиатрично обслужване и разкрие нови, модерни и гъвкави форми на такова обслужване в общността. Чрез повишаване информираността и професионалната квалификация на общопрактикуващите лекари и специалистите от извънболничната помощ, работещи в екип с немедицински специалисти, здравната реформа трябва да превърне психичното здраве в първостепенна медицинска грижа.

Конкретните цели, които Програмата си поставя като приоритет, са следните:

- да намали заболяемостта и болестността от психични заболявания;
- да намали смъртността, свързана с психични заболявания;
- да намали другите неблагоприятни последици от психичните разстройства: лошо физическо здраве, нарушено психосоциално функциониране, лошо социално положение, обременяване на семейството;
- да подобри качеството на психиатричните услуги и интервенции и да изгради механизми за контрол и мониторинг на диагностично-лечебния процес;
- да промени негативното възприемане на жертвите на психичната болест от страна на общността и да подобри качеството на живота на психичноболните;
- да интегрира максимално процеса на психиатрично обслужване в цялостната система на здравни грижи в страната;
- да осигури нужните условия за интегриране на психиатричните услуги в болнични и извънболнични здравни служби чрез интегриране на определен брой психиатрични дейности в пакета на общопрактикуващите лекари и амбулаторните служби,
- да създаде възможности за сътрудничество между медицинските, социалните, образователните и др. структури в страната, обслужващи едни и същи групи лица с психични разстройства;
- да изследва причините, последствията и грижите, свързани с конкретни психични разстройства;
- да намали процента на рехоспитализирани болни с 1/3 в рамките на действие на Програмата;

- да повиши разпознаваемостта на психично-здравните потребности с 50%.

## **VI. Задачи**

За осъществяването на описаните цели Националната програма за психично здраве на гражданите на Република България трябва да изпълни следните задачи:

1. Оценка на съществуващите психично-здравни дейности на територията на страната.
2. Оценка на потребностите на населението от психично-здравни грижи.
3. Разработване на програми за превенция и ранни интервенции при продроми на психоза.
4. Въвеждане на програми за водене на случай и осигуряване на психосоциални интервенции в общността.
5. Усъвършенстване на организационната база, процедурите и правилата за провеждане на модерно психиатрично обслужване.
6. Създаване на условия за интегриране на психиатричната помощ към лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ чрез набор психиатрични услуги в пакета на лекарите в амбулаториите за първична медицинска помощ.
7. Разработване на план за създаване на благоприятни условия за разкриване на специализирани психиатрични практики в близост до населението.
8. Разработване на конкретни мерки за създаване на хоризонтални връзки със съществуващите центрове за дневни грижи за лица със социална дисфункция, разкрити по Закона за социалното подпомагане, и обвързване на тяхната дейност с дейността на специализираните групови практики, медицинските, диагностично-консултативните центрове и центровете за психично здраве.
9. Разкриване на психиатрични отделения към лечебните заведения за болнична помощ съобразно оценка на регионалните нужди.
10. Оценка, реформулиране и развитие на профила на специализираните психиатрични болници и разработване на план програма за закриване на тези от тях, които нямат бъдеще.
11. Планиране и провеждане на обучителна работа с лекарите от амбулаториите за първична медицинска помощ, включваща специфични компоненти, които ще повишат чувствителността им към психично-здравната проблематика.
12. Усъвършенстване на стандартите за работа с психичноболни в извънболничната първична и специализирана помощ. Регламентиране на пътя на пациента в извънболнични и болнични условия и създаване на нови възможности за насочване на пациенти извън медицинската сфера на обслужване, както и проследяване на съдбата на насочените случаи.

13. Усъвършенстване на стандартите за стационарна психиатрична помощ.
14. Усъвършенстване на системата за съхраняване и обмен на информацията, свързана с психичната заболяемост, и разработване на цялостна информационна система за психиатричното обслужване на гражданите.<sup>3</sup>
15. Разработване на областни програми за развитие на лечебните заведения за извънболнична психиатрична помощ, базирани на анализ на сегашното им състояние, обслужвания контингент и данните от проучванията на общото население в дадена област.
16. Разработване на областни програми за създаване и развитие на детско-юношеската психиатрична помощ.
17. Разширяване на базата от структури за жилищно устройване на психичноболните в общността – хосписи и домове за медикосоциални грижи, които да отговарят на потребностите от различни по интензивност грижи на лицата със социална дисфункция.
18. Да разработи и внедри нормативна база за правата на психиатричния пациент.

## **VII. Етапи при изпълнението на програмата**

Националната програма ще се изпълнява на два етапа: начален подготвителен етап с продължителност 1 година и етап на изпълнение с продължителност 6 години.

### **1. Начален (подготвителен) етап**

Този етап с продължителност 1 година включва изпълнението на задачите, чието извършване е необходимо за полагане на организационната база, процедурите и правилата за провеждането на същинската реформа, изготвянето на оценката на територията и местните стратегически планове и за провеждане на изследвания и демонстрационни проекти за апробиране на модели за работа.

Задачите в подготвителния етап са организирани в 14 раздела, всеки от които визира дейностите от конкретна ключова област. Тези 14 раздела са, както следва:

#### ***Раздел 1: Регламент за регионалната дейност по програмата***

Задачите в този раздел трябва да насочат и улеснят местните структури да поемат инициативите и отговорността по програмата. Осигуряването на тази тенденция през стартовия период ще се подпомогне чрез разработване на инструктивни материали по четири линии:

- Оценка на психичноздравните потребности: обществено-здравен подход.

---

<sup>3</sup> Информационната система ще бъде съобразена със Закона за защита на личните данни, уреждащ защитата на физически лица при обработката на лични данни, достъпът до тези данни, както и предоставянето им на трети лица. Дейностите по създаването на информационната система ще бъдат регистрирани в Комисията за защита на личните данни, като експортът на лични данни ще става само в случаите, в които закона го позволява. В средносрочен план Информационната система ще може да предостави на отговорните за взимане на решения лица информация за ефективното планиране на обслужването на хората с психични заболявания по региони и на национално ниво. Анализът на събраната клинична, социална и административна информация ще подобри координацията между отговорните институции и ще открие възможности за различни инициативи, които да допринесат за реформите в сферата на психичното здраве.

- Оценка на психично-здравните потребности на общото население, на лежащите в психиатричните стационари, на центровете за психично здраве и на психиатричните отделения към общите болници.
- Модел на областна мрежа за специализирана психично-здравна помощ за деца и юноши: описание, профил, технологии за оценка и интервенция, обучителни модули.

### ***Раздел 2: Психиатрично обслужване***

Дейността в този раздел е свързана с произтичащите от реформата алтернативи на психиатрично лечение в условията на общността, което предполага нови технологии на грижите. За подпомагане на този преход през стартовия период ще се организира:

- Обучителен пакет за програма „Водене на психиатричен случай”.
- Научно-практическа конференция „Обучение за психиатрична реформа”.

### ***Раздел 3: Обща медицинска практика***

Дейността в този раздел цели да помогне на възникващата обща практика, като подобри способността на лекарите за справяне с психосоциалната болестност. Ще бъдат съгласувани обучителните модули на Катедрите по обща медицина и психиатрия. Ще бъде създадена работна група с представители на обща медицина и психиатрия. Ще бъдат разработени:

- Клинични препоръки за семейни лекари и обучителен пакет „Психосоциално интервю за общи лекари”.
- Методика за работа с психиатър в общата практика „Обсъждане на случаи”.

### ***Раздел 4: Социално обслужване***

Дейността в този раздел е предназначена да обезпечи участието на социалните служби при ангажирането им със социалните потребности на лицата с хронични инвалидизирани психични разстройства при интегрирането им в живота на общността. Ще бъдат разработени:

- Обучителен пакет „Социална работа с психиатричен случай”,
- Обучителен пакет „Трениране в социални умения”,
- Акредитационни изисквания за социална работа с клиенти: стандарти за университетски програми и специализации.

### ***Раздел 5: Суицидопревенция***

Дейността в този раздел цели да подготви психиатричната система, общата практика и социалното обслужване за ангажиране със специфични действия в областта на суицидопревенцията. Ще бъдат разработени:

- Информационен материал „Практиката на самоубийствата в България”,
- Обучителен модул „Клинична оценка за суицидалност”.

### ***Раздел 6: Злоупотреба с вещества и зависимости***

Целта е да се обезпечи въвличането на семейството, училището и общността в практически действия за противопоставяне на наркоманната практика на децата и юношите като част от териториалните програми за психиатрична реформа. Ще бъдат разработени:

- Интерфейс между психиатричната реформа и борбата с алкохолизма и наркоманиите: проучване на практиката.
- Разработване на обучителни модули по проблемите на зависимостите в училищата;

- Усъвършенстване на системата на мониторинг на метадоновите програми

### ***Раздел 7: Детско-юношеска психиатрия***

Следвайки директива на ЕС, детската психиатрия става самостоятелна специалност в България през 2004 г., като първите специалисти по новата програма завършват през 2010 г. С оглед на крайно недостатъчния брой на детските психиатри, работещи в публичния сектор, е необходимо регламентирането на сътрудничеството и координацията с общите психиатри при юношите над 14 г. и особено във възрастта 16-18 г. и най-вече при тези с психотични разстройства. Препоръчително е детски психиатри да осигуряват консултативна помощ или да бъдат включени в щата на определени наркологични структури, работещи с юноши и деца, както и на специализирани за хранителни разстройства структури, ако такива бъдат създадени. Дейността в областта на детската психиатрия ще бъде насочена към стимулиране на развитието на континуум от форми на обслужване – консултации на родители; дневна форма; стационарна форма, разположени в една структура или в действащи координирано отделни структури. Разкриването на дневни психиатрични отделения (центрове) за деца и юноши с психични разстройства е необходимо да се осъществи като крайна цел във всяка област на страната. Тези отделения (центрове) ще осигуряват консултиране и дневни психиатрични грижи без откъсване на децата от обичайната среда на живот и ще работят координирано с регионалните системи на здравеопазването, образованието и социалните грижи. Необходимо е да се разкрият повече стационарни легла за юноши и деца от сега съществуващите, като тези за юноши могат да бъдат обособени към отделения за възрастни. Структурите по детска психиатрия могат да бъдат базирани към многопрофилни болници, специализирани болници или ЦПЗ. Дневните отделения, като част от болница или ЦПЗ, могат да бъдат разположени директно в общността. Местоположението е от значение за редуциране на стигмата и увеличаване на достъпността. Важно е те да насочат усилията си към предучилищната възраст и да разработят програми за диагноза, интервенции, вторична и третична профилактика при най-ранни емоционални и поведенчески разстройства в регионално сътрудничество с други служби с отношение към децата и детското психично здраве.

Ще бъдат разработени стандарти за работа с аутистични деца, както и разкриване на центрове за лечение на разстройства, свързани с начините на хранене. Ще бъдат осъществени следните приоритетни дейности:

- Осъществяване на законодателни промени, гарантиращи реализирането на практиките и политиките по ППБ и ППЗ в училищата
- Осигуряване на човешки ресурси за реализиране на задачите по ППБ и ППЗ в училищата
- Скрининг на разстройства на развитието с най-висока честота и значимост
- Интегриране на усилията на различни институции, ведомства и НПО за изпълнение на задачите, свързани с реформиране на психично-здравната помощ в училищата;
- Превенция на рисковите фактори за психичното здраве в ученическа възраст
- Планиране на човешките ресурси в областта
- Водене на публичен регистър на утвърдени квалифицирани специалисти, оказващи психично-здравна помощ на деца и юноши
- Интегриране на психично-здравната помощ в училище в националната система по здравеопазване
- Проучване мнението на младите хора и семействата и участието им в изработването на нови стратегии за ППБ и ППЗ в училищата

- Обучения на ОПЛ с цел постигане на една от задачите на Националната програма, а именно – създаването на условия за интегриране на психиатричната помощ към лечебните заведения за извънболнична помощ чрез дейности и услуги, предоставяни от лекарите в звената за първична медицинска помощ и постигане на приоритета за ранна диагностика
- Превенция на рисковете и промоция на психичното здраве в училище
- Превенция на стреса при деца и юноши
- Синхронизиране на нормативните документи на МОН, МТСП и МС със здравните изисквания, касаещи психичното здраве на децата
- Промоция на психично здраве в ранно детство
- Разработване на програми в помощ на деца с психични заболявания и техните семейства.

### ***Раздел 8: Психиатрия на напредналата възраст***

Известно е, че населението на България непрекъснато застарява, което извежда на преден план патологията на напредналата възраст, за която също така няма развити профилирани услуги в страната. Процесите на стареенето според редица изследователи водят до промени в психосензорната сфера, което е предпоставка за развитие на психични заболявания предимно от афективния кръг. Нарушенията в психомоторната и сензорната сфера, постепенното отпадане на остротата на възприятията води до психологически феномени на тревожност и депресия, свързани със затруднената адаптация към околната среда. Известно е, че с напредването на възрастта намаляват възможностите за заучаване и възприемане на нови умения. Този факт се подсилва от нарастващите изисквания за справяне с все по-усложняващата се домакинска и битова техника. Сред разстройствата при възрастните хора на преден план са депресиите и тревожните разстройства, следвани от нарушения в интелектуалната сфера, свързани с атеросклеротични промени в мозъчната кора.

Приоритет в науките за предоставяне на грижи е изследването на реакциите на възрастните хора към описаните по-горе неблагоприятни събития – пенсиониране, загуба на брачния партньор, настаняване в дом. Разбира се, оценката на тези реакции не е възможна във всички случаи, тъй като много по-често тези събития се ограничават в семейната среда, адаптацията към тях е индивидуална и не излиза извън границите на семейството. В България основният проблем на тези служби е тяхното пасивно очакване да бъдат потърсени от нуждаещите се от грижи. В този смисъл Програмата ще разработи стандарти за работа с възрастни хора и т.нар. структурирани грижи, които да излязат от институционалното ниво и да интервенират в личното пространство на тези хора. Важен аспект в развитието на програмите за предоставяне на грижи е те да не се ограничават в институциите като домове за стари хора, хосписи и пр., но и да изследват възможностите за активно издирване на хора, нуждаещи се от тяхната помощ, в частност старите хора и особено след психотравматични събития в техния живот.

### ***Раздел 9: Съдебна психиатрия***

За да се осигурят грижи, отговарящи на европейските стандарти за хора с психични разстройства, които са извършили правонарушение, е необходимо:

- Да се създаде специализирана клиника за съдебна психиатрия независима от пенициитарната система с достатъчен капацитет, която да осигури оценка и лечение на съдебно-психиатрични случаи
- Да се въведе централизирано събиране и архивиране на експертизите
- Да се реши въпросът за частичната невменяемост



### ***Раздел 10: Обучение на кадри***

В този дял от Програмата са предвидени обучения в умения и знания, чието търсене произтича от необходимостта за нови подходи и дейности в изпълнение на стратегията за психиатрична реформа. По-конкретно ще бъдат обучени:

- Специалисти (психиатри) по клинична психиатрична супервизия;
- Специалисти (социални работници) по работа със социални случаи;
- Специалисти (психиатри, мениджъри по здравеопазване) по прилагане на общественно-здравен подход в психиатрията;
- Специалисти (психиатрични сестри) по водене на психиатрични случаи в общността;
- Специалисти (психиатрични сестри, социални работници) по семейни интервенции при психиатрични случаи;
- Специалисти по клинична психология и клинична социална работа.

### ***Раздел 11: Международно сътрудничество***

Дейността в този раздел има за цел да улесни вграждането на българската психиатрична реформа в европейската и световна кампания за узаконяване на психологичните, икономическите и социалните потребности на психичноболните чрез включване на адекватни социални и здравеопазни разходни пера в местните и централни бюджети и в портфейлите на международните финансови институции.

### ***Раздел 12: Продължаващо обучение и добра практика***

Дейността в този раздел има за цел да подготви нормативна база и да обезпечи реализацията на продължаващо обучение на специалистите по психиатрия, психология и социална работа за работа с клиенти/пациенти (случаи) по клинични, психологични и социални проблеми.

### ***Раздел 13: Законодателство***

Дейността в този раздел цели да подобри законодателната уредба на психиатричната помощ и да ангажира участието на гражданите в нейното прилагане.

### ***Раздел 14: Работа с медиите***

Дейността в този раздел ще изведе на преден план в обществения дебат незадоволителното състояние на българската психиатрична помощ, общественото съгласие за реформа, гражданския надзор за правата на психичноболните и повишаването на толерантността към социалното участие на лицата с психични проблеми. Ще бъдат подготвени пакети от инициативи, събития, информационни материали.

## **2. Етап на изпълнение на териториални планове по области: 2018 - 2023**

Териториалните планове за провеждане на програмата по области ще се подготвят в хода на едногодишния подготвителен етап, описан в този документ, под ръководството на областните съвети за психично здраве към РЗИ и Управителния орган на Програмата – Национален съвет за психично здраве към МЗ, след което ще бъдат внесени за одобрение от Министерския съвет. Те ще извеждат приоритетите и ще съдържат конкретните разчети за дейностите по административни области и лечебни заведения. Предмет на тези областни проекти ще бъдат структурни промени в местните психиатрични служби, проучвания на местните потребности, развитие на програми за грижи и обучение на кадри.

## **VIII. Изпълнители**

Конкретните изпълнители по подготвителния етап, както и базите за изпълнение по отделните раздели ще се определят от министъра на здравеопазването по предложение на Националния съвет за психично здраве. Изпълнители на териториалните планове са:

- Лекари със специалност психиатрия, вкл. детска и съдебна психиатрия
- Медицински сестри
- Общопрактикуващи лекари
- Клинични психолози
- Социални работници
- Специалисти по здравен мениджмънт
- Катедри по психиатрия
- Катедри по обща медицина

Изпълнители на административно ниво – общинско, областно и централно.

## **IX. Мониторинг и верификация на изпълнението на програмата**

Мониторингът за изпълнение на Програмата ще се извършва на основата на индикатори за: вложенията, дейностите и продуктите от Програмата.

Като индикатори за вложенията в Програмата (индикатори „на входа“) ще бъдат използвани:

- Привличането на средства в допълнение на програмния бюджет за нейното осъществяване;
- Привличането за участие в грижите за психичноболните на общопрактикуващите лекари, социалните работници и психолозите;
- Обема на здравното информиране по въпросите на психичното здраве.

Като индикатори за дейностите по Програмата („процесни“ индикатори) ще се използват:

- Честотата на болничните и извънболничните епизоди на боледуване (и анализът на техните характеристики);
- Оползотворяването на предоставените психично-здравни грижи;
- Себестойността на психично-здравните услуги.
- Повишаването на компетенциите, необходими за изпълнението на приоритетните области на Програмата
- Разширяването на капацитета в областта на психо-социалната рехабилитация, лечението на деменцията, детската психиатрия и други

Като индикатори за продуктите от Програмата (индикатори „на изхода“) ще се използват показателите за смъртност (сред психичноболните), самоубийства, болестност, временна нетрудоспособност, бездомност, безработица, качество на живота и други. Чрез съблюдаване на посочените и сродни на тях индикатори психично-здравното обслужване в България ще започне да отговаря на критериите, които характеризират добрата практика в съвременните системи за психиатрични грижи. Сред новите характеристики, които то ще добие, с определящо значение ще бъдат следните:

- Психиатричните стационарни легла ще се доближат до местоживеенето на хората.

- Реформата в психиатрията ще позволи след 7 години голяма част от обема на психиатричните грижи да се концентрира в общността, като болничните легла трябва да отстоят на разстояние не повече от 30 мин. път от дома на потребителя.
- Районите на обслужване ще обхващат територии с население от около 150 000 души и ще осигуряват пълен цикъл от услуги – болнични, извънболнични и рехабилитационни.
- Средният брой на стационарните психиатрични легла в един район на обслужване ще бъде между 50 и 75. Себестойността на един леглоден ще бъде обвързана с профилировката на психиатричните стационарни легла за пациенти с висока и средна степен на зависимост от грижи.
- Интензивността на психиатричните сестрински грижи ще съответства на профила на леглата. В зависимост от вида си психиатричните легла ще бъдат осигурени с различни по интензивност сестрински грижи. Интензивността ще се измерва в брой часове сестринско присъствие и тяхното разпределение в денонощието. Природата на сестринството в психиатрията ще бъде описана като процедури на терапевтично поведение и общомедицински грижи.
- Връзката на болния с лекуващия психиатър ще се поддържа в терапевтични сесии до 6 месеца след овладяване на случая. Болничните грижи ще бъдат организирани на принципа на програми с определен капацитет и стандарт. Предвижда се изписването на пациенти от програмите за психотични разстройства да включва действия за обратно вграждане в човешката общност, за да се осигури приемственост и продължителност на лечението и избягване на рехоспитализации. Ще бъдат създадени възможности за психиатрите, които водят лечението в стационара, да продължат връзката с пациента и в условията на общността до връщането на пациента в ритъма на живота (обикновено 6 месеца след поставянето на симптомите под контрол).
- Ще се осигури пряк достъп до лекуващия психиатър при случаите, чието протичане налага да бъдат водени интензивно. Предвижда се редуциране на административните процедури за достъп до психиатъра с оглед осигуряване на директно взаимодействие на членовете на болничния екип с водещите на случаи в общността и скъсяване на пътя до получаване на интензивни психиатрични грижи.
- Ще се изгради мрежа от различни служби, като специалистите ще съчетават приносите си към един случай чрез участие в мултидисциплинарни екипи.
- С оглед гарантиране на непрекъснатост на грижите се очаква в края на Програмата всяка болнична психиатрична служба да развие здрави и обстойно регламентирани връзки за съвместна работа със специализираните практики и общопрактикуващите лекари. На практика ще възникне мрежа за услуги, която плавно и безпроблемно придвижва болния между болнични и извънболнични условия на лечение.
- Ще започне да се извършва текуща оценка на качеството и ефективността на психиатричната работа, която ще се базира на свидетелства за резултатите („изходът” или „крайният продукт”) от психично-здравната система. Управлението на психиатричните служби ще се опира на информация за крайния продукт от дейността в смисъл на „произведено здраве” и неговата себестойност. Анализите себестойност - ефективност ще започнат да стават възможни, а с тях ще се въведе управленски механизъм, който отразява пазарната природа на отношенията в здравеопазването.

- Ще се намалят леглата в психиатричните стационари, като паралелно се въвеждат звена за психосоциална рехабилитация в общността. Това ще засегне основно леглата за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи („легла за хроничи“) в психиатричните стационари до около 0,25 на 1000, т. е. до около 50% от всички психиатрични легла, които след пет години ще бъдат около 0,5 на 1000. Това ще повиши потребностите от места за психосоциална рехабилитация в общността. За тяхното посрещане ще продължат да се разкриват места за дневни грижи. Едно такова място ще осигурява средно 5 часа седмично социална рехабилитация и терапия. Броят на местата ще бъде 0,5-0,8 на 1000.
- Бремето по обслужването на болните с тежка социална дисфункция ще се разпреди между различни партньори в службите и общността. За болните с тежка социална дисфункция ще се търси социално интегриране, финансови доходи, защитени жилища и професионално обучение (трудова заетост). В район на обслужване от 150 000 души потребност от такива грижи във всеки момент от времето ще имат около 200 души в общността. Такъв е капацитетът на една подобна служба с 12-членен екип от клинични социални работници, клинични психолози и психиатрични сестри, като службата поддържа широки връзки с общността и с други психично-здравни и социални служби. Клиничната натовареност на един професионалист в подобен център ще достигне до 20-30 случая във всеки момент от времето.
- За координиране на рехабилитацията с психиатричното лечение центрите за дневни грижи ще работят в мрежа с болничните психиатрични отделения и психиатричните практики или съвместно в териториално и/или административно отношение с тях. Тези центрове ще разгърнат програмите си около оценката на потребностите и воденето на случая в тясно взаимодействие с общинските служби за социални грижи, жилищна политика и трудова заетост.
- Ще се оптимизира разпределението на психиатрите по броя обслужвано население.
- В резултат от реформата в психиатрията за периода на действието на Програмата броят на психиатрите ще остане в рамките на 1 психиатър на 14-15 000 души общо население. От гледна точка на стандартите за добра практика при това съотношение психичноболните с тежки разстройства ще бъдат добре осигурени със специализирана психиатрична помощ (екстраполираната честота на тези заболявания е 0,75-1,0%). Пациентите с преходни психични разстройства ще получават грижи в системата на общата практика, но с активното участие на психиатри от специализираните практики, предоставено под формата на консултации или екипна работа. Ще бъде възможен и съществен прогрес в развитието на детската психиатрия и обслужването на хората със зависимости. В университетските бази, където работят специализанти и се обучават студенти, ще се разположат 4 пъти повече лекари, отколкото в другите болнични заведения, което отговаря на европейските стандарти за обучение чрез наставничество и супервизия.
- Броят на социалните работници и клиничните психолози, ангажирани пряко в обслужването на населението, ще нарасне. Ще се промени участието в психиатричната практика на клиничните социални работници и клиничните психолози. Стремешът е те да достигнат съотношение поне 1 на 20 000 общо население. Ще се промени длъжностната характеристика на професии като социална работа и сестринство по начин, който взема предвид естеството на работата по случай. Това ще позволи увеличаване на интензитета на грижи за

психиатричните пациенти с тежка психична болест и ще обогати човешката мрежа, в която са въввлечени те.

- Ще се въведат програми за обучение на психиатрични сестри. Програмата за реформа в психиатрията предвижда въвеждането на програма за следдипломна квалификация на медицински сестри с придобиване на специалност „психиатрично сестринство“.
- Ще се намали средният престой на пациентите в стационара. Предвижда се в края на 7-годишния период на програмата средният болничен престой на пациентите в психиатричните отделения да намалее с 20%, като се очаква това намаление да е значително по-голямо в психиатричните стационари (до 30%). Това намаление ще бъде постигнато чрез редуциране на постоянно живеещите в стационарите психиатрични пациенти и съкращаването на част от леглата за болни с ниска степен на зависимост от грижи. Тази промяна ще стане за сметка на разкриване на места в програми за дневни грижи към психиатричните отделения, създаването на центрове за дневни грижи и осигуряването на защитени жилища в общността.
- Здравната карта в частта за психиатрично обслужване ще се разработи по-нататък съобразно реалните потребности по места. Един от важните резултати от тази Програма за психично здраве ще бъде изграждането на картината на реалните потребности на всяка територия и на конкретните индивиди. Това ще се съпътства от пренастройването на мисленето за психично-здравното обслужване в съгласие с тези реални потребности. Едва когато специалистите бъдат в състояние да аргументират препоръките си с факти и оценки, в това число икономически, кои проблеми, популации и дейности да получат предимство, ще стане възможно българската психично-здравна политика да се формулира на езика на съдържателните приоритети.

## **Х. Органи за управление на Програмата**

За да се гарантира успехът на програмата, е необходимо изграждане на широка социална база, което означава включване на различни институции и ведомства. Ето защо изпълнението на Националната програма за психично здраве ще се осъществи чрез координиране работата на две нива – национално и местно.

Централното управление на програмата се осъществява от Министерство на здравеопазването. Изпълнителен административен орган на програмата е Националният съвет по психично здраве. Националният съвет се създава като специализиран орган към Министерство на здравеопазването със заповед на министъра на здравеопазването, с която се определят числеността и съставът на съвета. В състава на Националния съвет влизат представители на следните ведомства и институции:

- Министерство на здравеопазването
- Министерство на труда и социалната политика
- Министерство на образованието и науката
- Министерство на регионалното развитие и благоустройството
- Министерство на правосъдието
- Национална здравноосигурителна каса
- Български лекарски съюз
- Българска психиатрична асоциация
- Медицински университет – София

- Медицински университет – Пловдив
- Медицински университет – Варна
- Медицински университет – Плевен
- Медицински университет – Стара Загора
- Национален център по общественото здраве и анализи
- Национален център по наркомании
- Национална асоциация за психично здраве
- Българска асоциация по детска психиатрия и свързаните професии
- Представители на пациентски организации

На местно ниво координирането на изпълнението на Програмата ще се извършва от Областните съвети за психично здраве към РЗИ. Като специализиран орган на местно ниво тези съвети имат състав, който осигурява представителство на всички, ангажирани с проблемите на психичното здраве: секторите здравеопазване, образование, социални грижи, лечебните заведения, местните професионални общности и организациите на пациентите. Връзките с централните структури се гарантират от директора на Районната здравна инспекция.

## **XI. Финансиране**

Финансирането на дейностите по програмата ще става целево от републиканския бюджет със Закона за годишния бюджет на основата на годишен план, изготвен от Изпълнителния съвет и одобрен от Ръководството на МЗ. За едногодишния подготвителен период 2017-2018 година Програмата ще усвои 400 хил. лв. съгласно приложения финансов разчет. За последващия шестгодишен период се предвижда във финансовия разчет по дейности и области да залегнат суми от порядъка на 1 млн. лева годишно. На практика Програмата предвижда ежегодно за период от 7 години да се отпускат целево допълнителни средства, възлизащи приблизително на 10% от текущите годишни разходи за психично-здравно обслужване. Капацитетът на психиатричната система в момента да усвои пълноценно средства в такъв размер за целите на реформата е налице. Този извод се основава на приблизителна преценка на средствата, отпуснати по проекти за развитие на реформи в психично-здравната система от чуждестранни партньори, на първо място от правителството на Нидерландия, от Обединените холандски фондации, от други холандски фондове, от фондация "Отворено общество", от Световната здравна организация, от Европейския съюз и др. Освен средствата от републиканския бюджет, психично-здравната реформа ще привлече средства от външни източници като например Норвежкия финансов механизъм, оперативните програми на ЕС и други финансови източници. Финансовите бюджети за всяка година ще се разработват от Националния съвет и ще бъдат представяни чрез Министерство на здравеопазването за утвърждаване от Министерския съвет.

## **XII. Срок за изпълнение**

До края на 2023 година. Срокът започва да тече от датата на приемане на Програмата от Министерския съвет.