

**Доклад на Европейската психиатрична асоциация (ЕПА)
относно
Психично-здравни грижи в България и процесът на реформа
2018 г.**

Посещението на ЕПА в България се състоя на 17-21 юли. Програмата е приложена в Приложение 1.

Членове на екипа

Проф. Силвана Галдериси - Председател: Европейска психиатрична асоциация

Проф. Волфганг Гаебел – Бивш председател: Европейска психиатрична асоциация

Д-р Жулиан Беезхолд - Генерален секретар: Европейска психиатрична асоциация

Проф. Хелън Киласпай – Проф. по рехабилитационна психиатрия, Университетски колеж
Лондон

Подкрепа от България

Министерство на здравеопазването Светлана Йорданова - Зам. министър на здравеопазването

Проф. Дроздстой Стоянов, Съветник по психично здраве към Министерство на здравеопазването

Проф. Христо Хинков, Директор на Националния център по обществено здраве и анализи

Д-р Владимир Наков, Национален център за обществено здраве и анализи

Д-р Скендер Сила, Служба на Световната здравна организация за България

Д-р Михаил Околийски, Служба на Световната здравна организация за България

Индекс

1.	Резюме	3
2.	Обща информация	7
2.1.	Обща информация и цели	7
2.2.	Методология	8
3.	Информация и документи, разгледани от Консултативната група към ЕПА	9
4.	Обобщение на събраната информация по отношение на психично-здравните услуги в България	10
4.1.	История на психично-здравните услуги в България	10
4.2.	Правна и политическа рамка	12
4.3.	Инфраструктура	14
4.4.	Работна сила	20
4.5.	Детска психиатрия	22
4.6.	Съдебна психиатрия	22
4.7.	Социални услуги	22
4.8.	Финансови ресурси и финансиране (данни в Приложение 2)	23
4.9.	Посещения на място в България (виж списък в Приложение 1)	24
5.	Предизвикателства и проблеми в предоставянето на психично-здравни услуги в България	27
5.1.	Нарушения на човешките права и неприемливи условия	28
5.2.	Разпокъсани грижи	29
5.3.	Липса на съвместно планиране и отчетност	30
5.4.	Проблеми, свързани с персонала	30
5.5.	Финансови проблеми	31
5.6.	Липса на консенсус между заинтересованите страни	32
5.7.	Негативни обществени нагласи към промени в организацията на психично-здравните грижи, отчетени като добра причина за избягване на промяна	32
5.8.	„План за действие – Национална стратегия за дългосрочни грижи“ на българското правителство	32
5.9.	Маргинализация на психиатрията като медицинска специалност	33
6.	Препоръки	33
7.	Приложения	
7.1.	Маршрут (Приложение 1)	39
7.2.	Приходи, разходи, дейности, икономически показатели (Приложение 2)	40

1. Резюме

Обща информация

По общо съгласие между Министерството на здравеопазването, Българската психиатрична асоциация, лекарски, сестрински и друг персонал, както и пациентите и семействата, услугите за психично-здравни грижи в България в момента са в незадоволително състояние и е налице належаща нужда от реформа.

Опитите за реформа са в застои, поради сложността на условията за финансиране и различните становища на заинтересованите страни.

Има две предишни мисии на СЗО за консултиране на правителството по въпроси, свързани с препоръчителни промени, но същите не са довели до успешни реформи.

Европейската психиатрична асоциация (ЕПА) бе поканена през 2018 г. да изпрати официален екип да посети и направи преглед на психично-здравните услуги в България и да консултира Министерството на здравеопазването относно експертни препоръки за необходимата промяна. Целта на това посещение бе да се предоставят препоръки, за да се постигне по-голям консенсус и по-важното да се даде възможност така необходимите реформи в психично-здравните услуги да бъдат осъществени.

Консултативната група към ЕПА проведе широки консултации със заинтересованите страни, отговорните за разработването на политиките и политиките, посети редица психично-здравни служби в България и се запозна с писмена информация и предишни препоръки.

Информация и документи, разгледани от консултативната група към ЕПА

Консултативната група към ЕПА разгледа широк спектър от документи и се срещна с много заинтересовани страни, в това число консултативна дискусия с повече от 20 участници, представляващи голяма част от българските групи от заинтересовани страни. Пълни подробности са посочени в раздел 3 от настоящия доклад.

Обобщение на събраната информация относно психично-здравните услуги в България

Събрана и разгледана е много подробна информация под следните заглавия:

- История на психично-здравните услуги в България: този раздел предоставя широк поглед върху това как са разработени и разпространени услугите в миналото в България
- Правна и политическа рамка: кратко описание на еволюцията и развитието на действащото законодателство, включително обобщение на ключови точки.
- Инфраструктура: описва естеството, степента и услугите, предоставяни в България, подчертавайки някои от известните предизвикателства (недостатъчното финансиране, липса на разпоредба, географско разположение, отделяне от другите медицински специалности). Включени са и тенденции в предоставянето и осъществяването на услуги.
- Работна сила: подчертани са въпросите, свързани с работната сила,

включително броят на служителите (нисък спрямо европейските стандарти), „изтичането на мозъци“ от емиграцията, застаряването на работната сила, лош морал, неадекватни програми за обучение, както и липсата на стратегическо национално планиране.

- Детска психиатрия: този раздел признава сериозния недостиг на персонал, съоръжения, обучение и лечение в тази област.
- Съдебна психиатрия: този раздел също отбелязва сериозния недостиг на персонал, съоръжения, обучение и лечение в тази под-специалност.
- Социални услуги: описан е фактът, че социалните услуги са отговорност на Министерството на труда и социалната политика и че няма ефективно сътрудничество с Министерството на здравеопазването по отношение на предоставянето на услуги за хора с психични здравни проблеми.
- Финансови ресурси и финансиране: този раздел отбелязва идентифицираните предизвикателства на работещите понастоящем системи за финансиране, включително хронично недостатъчното финансиране, объркване по отношение на правилата, както и разделените отговорности. Недостатъчните инвестиции в психично-здравните услуги причинява значителна финансова вреда на българската икономика, поради увеличените разходи за лечение и загубата на икономическа производителност.
- Посещения на място в България: консултативната група е имала възможност да посети държавна болница, център за психично здраве, университетска клиника и служби на неправителствени организации в и около София, което добавя към нашето разбиране за предизвикателствата, пред които е изправена системата за психично здраве в България.

Предизвикателства и проблеми в предоставянето на психично-здравни услуги в България

Нарушения на човешките права: Консултативната група установи условия, подробно описани в основния доклад по-долу, които изглеждат са в нарушение на европейското право (член 3 от Европейската конвенция за правата на човека) и Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.

Неприемливи условия: В допълнение, консултативната група отбеляза, че в резултат на хронично недостатъчното финансиране е имало неприемливи условия в много от посетените обекти. Примерите включват много лошо изградени среди в някои, липса на достатъчно персонал, липса на терапевтична активност, пренаселеност, липса на национално стратегическо планиране, фрагментация на услугите, липса на контрол на качеството и мониторинг на резултатите, както и липса на съвместна работа включително между министерствата на здравеопазването и на труда и социалната политика, което е особена пречка за постигане на навременно изпълнение за много пациенти, които се нуждаят от по-дългосрочна подкрепа в общността и/или подпомагане за настаняване.

Липса на съвместно планиране и отчетност: Консултативната група към ЕПА е установила, че това е повсеместен проблем за цялата система на психично-здравни грижи, който е допринесъл за настоящата безизходна ситуация, при която заинтересованите страни са заключени в разногласия помежду си, с високи нива на взаимното недоверие.

Проблеми с персонала: Налице са значителни проблеми свързани с работната сила,

включително недостатъчен брой клиничен персонал, загуба на персонал поради емиграция и застаряване на работната сила, липса на инвестиции в обучение, лош морал и неравномерно разпределение на персонала. Заплатите са твърде ниски, което води до изкривяване на стимулите за търсене на други източници на доходи.

Финансови проблеми: Има дългогодишен голям недостиг на инвестиции и недостатъчно финансиране в психично-здравните услуги в България, особено в сравнение с други медицински специалности. Всяко подобрене или смислена реформа ще изисква повече инвестиции. Въпреки това, икономическата полза от реформата за българското общество ще бъде значителна с повече хора, получаващи еднократни помощи за хора с увреждания, в заетостта и изискващи по-ниски общи разходи за здравеопазване. Съществуващите механизми за финансиране не са достатъчно координирани и са сложни и объркващи. Непропорционален брой хора с психични проблеми не са обхванати от Националната здравноосигурителна каса, която от своя страна не плаща за много психиатрични изследвания и лечения.

Разделение и липса на консенсус между заинтересованите страни: разпокъсаният и хаотичен характер на психично-здравните услуги в България се отразява в дълбоките разделения и липсата на консенсус между заинтересованите страни. Това е съществена пречка за промяната и може да допринесе за забавяне, ако не и избягване на необходимата промяна. Консултативната група обаче, отбеляза, че изглежда има консенсус по отношение на естеството на настоящите предизвикателства пред които са изправени, а оттам и необходимостта от промяна.

Негативни обществени нагласи към промени в организацията на психично-здравните грижи, отчетени като добра причина за избягване на промяна: консултативната група е била често информирана, че негативните обществени нагласи са попречили или ще попречат на промяната, и по-специално са пречка за създаване на общностни психично-здравни услуги. Консултативната група към ЕПА желае да оспори това възприятие. Глобалната инициатива в психиатрията е установила и управлява успешна общностна услуга и е в състояние лесно да се справи с това и не е срещнала голяма трудност от местните жители или широката общественост.

„План за действие – Национална стратегия за дългосрочни грижи“ на българското правителство: консултативната група към ЕПА се опасява, че може да няма достатъчно признание за финансовата полза за страната като цяло от инвестирането в психично-здравни услуги, както и размерът на необходимите допълнителни инвестиции, включително в превантивни услуги.

Маргинализация на психиатрията като медицинска специалност: психиатрията и психиатричните услуги са значително по-недостатъчно финансирани в сравнение с други медицински специалности, често се намират далеч от други медицински специалности и са обект на дискриминация и снизходителност, включително от страна на властите по отношение на всичко това.

Препоръки

Настоящият доклад на консултативната група към ЕПА предоставя двадесет препоръки относно предложените промени и реформи:

1. **Определяне на национален клиничен ръководител с изпълнителна оперативна отговорност и власт за вземане на решения за програмата за промяна. Клиничният ръководител трябва да се определи съвместно от министерствата на здравеопазването и на труда и социалната политика и трябва да докладва директно на двамата министри.**
2. **Определяне на национална работна група, председателствана от националния клиничен ръководител, която да консултира, ръководи и изпълнява програмата за промяна.**
3. **Разпределяне на 10% от бюджета за здравеопазване за психичното здраве.**
4. **Увеличаване на заплатите на клинично квалифицирания персонал, който работи в заведения за психично-здравни грижи; привличане на стажанти и благоприятстване за връщането на емигриралите да работят в по-привлекателни среди.**
5. **Противодействие с подходящи кампании и инициативи на страха, че реформата ще се превърне в по-нататъшно намаляване на средствата, отпуснати за психично здраве, включително неподходящо закриване на болнични легла.**
6. **Избягване на всеки опит за внос на модели за продажба на едро от чужбина; приспособяване на развитието на по-общността система за психично здраве към конкретните условия в България и пълноценно използване на местните сили и опит.**
7. **Изпълнение на национални планове за действие за премахване на дискриминацията и подобряване на отношението към хората с психични заболявания; и подобряване на имиджа на психиатрите и цялата работна сила в психичното здраве.**
8. **Включване на пациентски и семейни сдружения успоредно и заедно с научни и професионални организации при планирането и изпълнението на различните етапи от процеса на реформа.**
9. **Установяване на съвместни и ефективни работни взаимоотношения между Министерството на здравеопазването (МЗ) и Министерството на труда и социалната политика (МТСП).**
10. **Изпълнение на програми за обучение за съществуващия персонал за подобряване на уменията и подобряване на морала, както и подкрепа на най-добрата клинична практика, включително чрез по-стари служители. Неприемане на лоша практика, прилагане на процеси за управление на изпълнението за подобряване на практиката и, ако е необходимо, смяна на неефективния персонал.**
11. **Подобряване на образованието и обучението в психотерапията и психосоциални интервенции.**

12. Подобряване на образованието и обучението и значително увеличаване на броя на обучаваните във всички психиатрични специалности, включително детска психиатрия и съдебна психиатрия.
13. Планиране на изпълнението и координирането на реалистичен спектър от психично-здравни услуги, които отговарят на нуждите на населението.
14. Разработване и прилагане на плана за действие за реформа в психично-здравните услуги по такъв начин, че да могат да бъдат предоставяни поетапно въз основа на клиничния приоритет и наличните ресурси. На първо място в списъка на приоритетите трябва да бъде цялостното повторно предоставяне и разпределение на услугите със сериозни нарушения на правата на човека.
15. Определяне и наблюдение на строги критерии за задължително лечение и подкрепа при вземането на решения.
16. Осигуряване на различни, но еднакво хуманни и висококачествени среди за грижи за всички пациенти с психични заболявания, в това число за старост и детска психиатрия, заболявания от пристрастяване, умствено увреждане и съдебна психиатрия, които са разположени така, че да се постигне лесен достъп за пациентите и техните семейства.
17. Определяне и изискване на метод основан на доказателства за измерване на качеството на услугите и резултатите от програмата за повторно предоставян на ниво услуга (например продължителност на престоя, разходи за грижи, качество на обслужване) и на ниво пациент (например възстановяване, удовлетвореност на пациентите, маркери за социално приобщаване). Насърчава се използването на съществуващите стандартизирани инструменти за оценка на качеството (като например индикатор за качество на рехабилитационната грижа, който вече е преведен на български език и инструментариумът на СЗО за права за качество).
18. Изпълнение на официална и публично достъпна (цифрова) информационна платформа с подходящи и актуални индикатори за качество, в съответствие с европейското законодателство за защита на данните за проучване, планиране и мониторинг на състоянието и напредъка на реформите в областта на грижите за психичното здраве.
19. Изпълнение на външен независим преглед за редовно оценяване на напредъка в прилагането на промяната в психично-здравните услуги в България.
20. Стимулиране и финансиране на изследвания за основана на доказателства оценка на изпълнението, поддръжката, приемането и по-нататъшното развитие на процеса на реформа.

2. Обща информация

2.1 Обща информация и цели

По общо съгласие между Министерството на здравеопазването, Българската психиатрична асоциация, лекарски, сестрински и друг персонал, както и пациентите и семействата, услугите за психично-здравни грижи в България в момента са в незадоволително състояние и е налице належаща нужда от реформа. Осъществената от правителството здравна реформа през 2000 г. не доведе до значително подобряване на психично-здравните услуги.

Постигането на реформата е предизвикателство поради различните становища в България между експерти, Българската психиатрична асоциация, българският Колегиум Частна психиатрия и други заинтересовани страни.

Нуждата от външна помощ се чувства отдавна, а предишните консултантски доклади бяха възложени от Световната здравна организация (СЗО) в Европа и предоставени при следващите посещения през 2015 г. (Мат Муижен) и отново през април 2018 г. (Дан Чисхолм). Същите не са довели до значителна промяна, очевидно поради комплексния характер на предизвикателствата, свързани с процеса на реформа.

Европейската психиатрична асоциация (ЕПА) бе поканена през 2018 г. да изпрати официален екип да посети и направи преглед на психично-здравните услуги в България и да консултира Министерството на здравеопазването относно експертни препоръки за необходимата промяна. Целта на това посещение бе да се предоставят препоръки, които ще позволят осъществяването на така необходимите реформи в психично-здравните и ще помогнат за постигането на по-голям консенсус по отношение на изискваните реформи.

България е голяма държава с около 7 милиона жители, с площ от 110879 км², която е разделена на шест основни административни области. Официалният език е български, писменият език използва кирилица. Етническата принадлежност на населението е около 85% българи, 9% турци и 5% роми. България се нарежда на 75-то място в света по БВП на глава от населението и валутата е лев (BGN).



България е претърпяла редица много важни политически и социални промени през последните 100 години, които са оказали влияние и върху предоставянето на грижи за психично здраве, в това число:

- 1878 - 1951 г. сформирването на съвременната българска държава, завършило с появата на комунистическото управление
- 1951 - 1974 г. периодът на комунизма преди приемането на Общия закон за общественото здраве
- 1974 - 2005 г. периодът по Закона за народното здраве, включващ падането на комунизма през 1991 г. и последвалите демократични правителства
- 2005 г. насам, прилагане на Закона за здравето 2005 г. и присъединяване към Европейския съюз през 2007 г.
- През 2013 г. е премахнато запрещението за хора с увреждания в съответствие с член 12 от Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (Правен свят, 2013 г.)

2.2. Методология

Методологията, която ЕПА следва при изготвянето на този доклад включва следното:

- неформални разговори между председателя на ЕПА и ключови заинтересовани страни в България
- писмо от проф. Хинков (съветник към Министерството на здравеопазването)
- назначаване на членовете на консултативната група към ЕПА
- одобрение от Съвета на ЕПА
- одобрение на официален договор
- определяне на маршрут за посещение
- посещения на редица заведения за психично-здравни услуги в България (Приложение 1)
- официални и неофициални дискусии с широк кръг от заинтересовани страни в българската система за психично здраве, включително заместник-министърът на здравеопазването, национални съветници към министерството, Национален център за общественото здраве и анализи, Световната здравна организация, Българската психиатрична асоциация, Колегиум Психиатрия България, университетски преподаватели, Глобална инициатива в психиатрията; както и психиатри, обучаващи се психиатри, медицински персонал, ерготерапевти, социални работници, помощен персонал и пациенти от държавните психиатрични болници, центрове за психично здраве, Университет за психиатрични клиники и неправителствени организации
- съставяне и одобряване на този доклад в рамките на ЕПА



3. Информация и документи, разгледани от Консултативната група към ЕПА

Законодателство за психичното здраве в България - Кратък преглед
(Христо Хинков BPsych International 13:4; стр. 92-3 ноември 2016 г.)

Процедура за наблюдение и система за оценка на психично-здравните услуги в България на
Европейската психиатрична асоциация: Доклад за самооценка

Кратка оценка на СЗО на психично-здравните услуги в България 28-29 януари 2015 г.

Кратка оценка на СЗО на българската система за психично здраве: април 2018 г.

Република България: „Национална стратегия за дългосрочни грижи 2017 г.“

Република България: „План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на
Националната стратегия за дългосрочни грижи“

Психично-здравни услуги в България (презентация от д-р Владимир Наков) 2018 г.

Данни за приходи, разходи, дейности и икономическите показатели за психично-здравните
услуги в България - Български национален център за обществено здраве и анализи 2018 г.

Посещения на редица служби и центрове за психично здраве в България:

- Център за психично здраве „София окръг“
- Университетска болница „Александровска“
- Национален център за обществено здраве и анализи
- Държавна психиатрична болница „Свети Иван Рилски“
- Университетска психиатрична болница „Свети Наум“
- Дневен център „Слатина“

Интервюта и разговори с персонала и пациентите в хода на нашите посещения.

Среща със заместник-министъра на здравеопазването Светлана Йорданова в Министерството
на здравеопазването

4. Обобщение на събраната информация по отношение на психично-здравните услуги в България

4.1. История на психично-здравните услуги в България

Традицията на психично-здравните услуги в България датира според писмени записи
от почти цяло хилядолетие до основаването през 1084 г. на убежище за психично
болни хора в Бачковския манастир.

В по-модерни времена, 800 години по-късно, през 1884 г. Александровска болница в
София започва да приема и психично болни пациенти.

Първото специализирано психиатрично отделение е открито през януари 1888 г. от психиатрите Н. Москов, Б. Чакалов, Г. Паяков и Д. Владов, което води до създаването на психиатрията и психиатричните грижи като медицинска специалност в България.

Малко по-късно първата известна жена психиатър в България, Анастасия Головина открива психиатрично отделение в Сталин/Варна и се премества през 1895 г. в Петропавловския манастир.

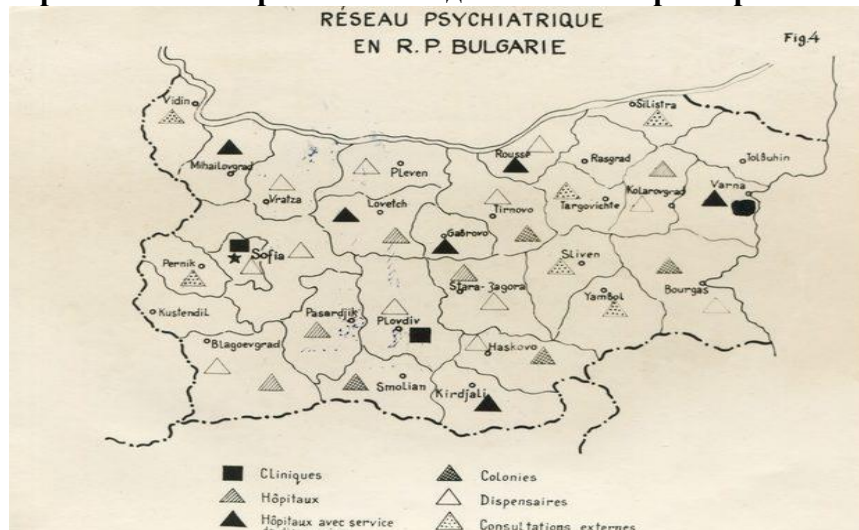
През 1894 г. е открито отделението в Ловеч в специално построена сграда, а през 1933 г. в двора ѝ е открита нова сграда за психично болни затворници.

Бързото разрастване на заведенията, последвало през следващите няколко десетилетия, е довело до основаването на Медицинския факултет в София през 1918 г. и откриването на отделна Катедра по неврология и психиатрия през 1926 г.

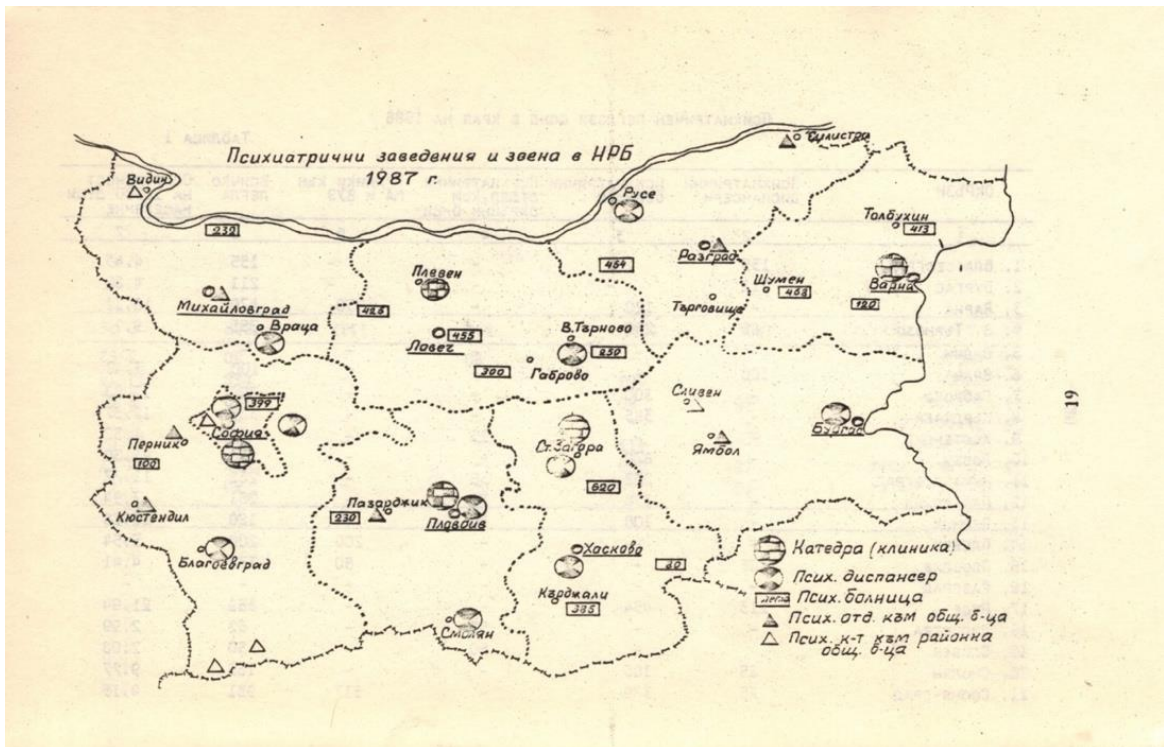
През 1914 г. д-р Стефан Данаджиев е написал в „Болници за психично болни лица в чужбина и у дома.“, че:

„Съществуващите две психиатрични отделения в София и Ловеч, освен че са твърде малки, не отговарят на съвременните изисквания на психиатричната наука. Тези думи важат най-вече за психиатричното отделение на Александровска болница, което, като нормална сграда, не отговаря на най-елементарните хигиенни условия.“

Карта на психиатричните заведения в България през 1960 г.

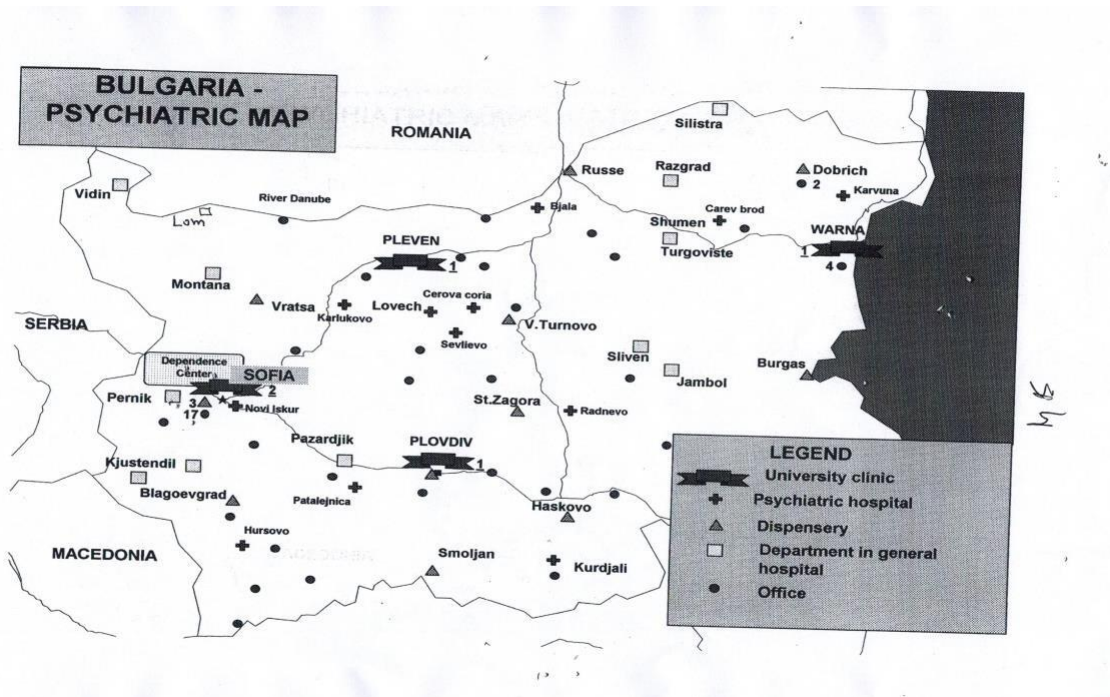


Карта на психиатричните заведения в България през 1987 г.



Неврологични, психиатрични и неврохирургични грижи в Народна Република България през 1986 г. и 1987 г. Н. Бешков, К. Миленков, София, 1989 г.

Карта на психиатричните заведения в България през 2000 г.



4.2. Правна и политическа рамка

Законодателството, оказващо влияние върху психично болни хора датира най-малко от 1905 г. в България. Въпреки това, основните българските закони, които са в сила понастоящем, датират от 1960-те и 1970-те години. Те съответстват на социалните и правни доктрини, преобладаващи по това време в страната. Българското психиатрично законодателство като цяло по същество следва Европейската традиция до този момент.

Нова ера за дискусията относно законодателството за психичното здраве бе предизвикана от процеса на присъединяване към ЕС от 2001 г. насам. Това включва по-специално необходимостта от подобряване на гаранциите за задържаните пациенти. Никога не е имало отделно законодателство за психичното здраве, като старият Закон за народното здраве и последващият Закон за здравето от 2005 г. (в отделна глава) включват разпоредби, свързани с психично-здравни проблеми.

Здравните реформи, започнати в България през 2000 г., са установили нови взаимоотношения в системата на здравеопазването и са въвели пазарни елементи за подобряване на грижите за пациентите, въпреки че до голяма степен се осъществяват главно чрез новата система за здравно осигуряване. В психиатрията, от новите условия са се възползвали най-вече тези, които работят в извънболничната помощ, където процесите на предоставяне на услуги на пазара и децентрализация са същите, както в повечето други медицински дисциплини.

Въпреки това, психиатрията в болниците остава извън тези процеси и по този начин до голяма степен запазва своя институционален характер. Липсата на финансиране и управленска воля за изпълнение на целите, заложи в редица стратегически и политически документи, изглежда са довели до отклонения и неравенство в психично-здравните услуги. В резултат на това, принципите за непрекъснатост на грижите, предоставяне на всеобхватни услуги и непрекъснати подкрепящи грижи са били трудни за постигане.

Законът за здравето е в сила от януари 2005 г. и урежда голяма част от проблемите на общественото здраве, които не са обхванати от законите за здравните заведения и здравното осигуряване.

Психичното здраве е регламентирано в глава пета от този закон, в два раздела: за защита на психичното здраве и принудително настаняване и лечение. Член 145 описва институциите и организациите, които имат отговорности за защита на психичното здраве. Член 146 определя лицата с психични разстройства, които се нуждаят от специални грижи:

- лица с тежки психични разстройства и тежки личностни разстройства
- лица с изоставане в развитието и/или интелектуален дефицит в резултат на дегенеративни промени в мозъка

В закона изрично се посочва, че тези лица имат право на лечение и грижи, равни с условията за пациенти с други заболявания.

В член 147, ал. 2 има важен текст, който гласи, че оценката на наличието на психично разстройство не може да се основава на семейни или професионални конфликти, или осведоменост за предишно психично разстройство.

Член 147 (в сила от 2009 г.) задължава Министерството на здравеопазването да поддържа регистър на лицата с психични разстройства. Регистърът е за използване при оценка на годността за носене на оръжие или обработка на опасни материали. Консултативната група е уведомена, че понастоящем в процес на обсъждане е отделна наредба за подробно описание на това изискване и ограничаване на всякаква евентуална злоупотреба и нарушаване на правата за поверителност на пациентите.

Следващите алинеи в този раздел уреждат основните принципи за лечение на лица с психични разстройства, деинституционализация, ресоциализация, борба със стигмата и участие на гражданското общество. Службите и заведенията, които отговарят за лечението на тези лица, формите и методите на лечение, трудова терапия и други форми на психосоциална рехабилитация и необходимите ограничителни мерки, също са определени. Последните две алинеи в този раздел описват спешната психиатрична помощ и критериите за временно лечение при спешни обстоятелства (не повече от 24 часа, и с някои изключения до 72 часа).

Вторият раздел се занимава с принудителното лечение, което може да се прилага за:

„лица с тежки психични и/или личностни разстройства или тежък интелектуален дефицит, които поради заболяването си могат да извършат престъпление, застрашават здравето на техните роднини, семейства, съседи и обществото и/или собственото си здраве“ (чл. 155 от Закона за здравето).

Задържане и настаняване може да бъде разрешено от окръжния съд и се провежда във всички видове психиатрични болници, както и извънболнични лечебни заведения. Искането за принудително лечение се извършва от прокурор и ръководител на местната психиатрична болница (обикновено психиатър) в случаите на спешен прием (чл. 154 (3) от Закона за здравето).

Лицето има право на възражение в срок от 7 дни, освен при спешен случай. Участието на законен представител на пациента, психиатър и прокурор са задължителни във всички етапи на процедурата (чл. 158 (4) от Закона за здравето).

Съдът може да разпорежи съдебна психиатрична експертиза за срок не по-дълъг от 14 дни (по изключение 24 дни). Съдът може да прекрати делото, ако няма доказателства за спешен случай или ако психиатричната оценка предполага липса на психично разстройство. Това се различава от периода преди 2005 г., когато е нямало право на обжалване, а задържането се е разрешавало от прокурор, а не от съда.

В чл. 160 ал.1 изрично се посочва, че по време на първоначалната оценка не трябва да се прилага лечение, освен при спешен случай или с информирано съгласие. В случаите, когато този капацитет е нарушен, представител на пациента може да даде съгласие, когато пациентът не е дееспособен, което е още една промяна от законодателството преди 2005 г.

Съдът определя формата на принудителното лечение – болнично или извънболнично, както и продължителността на лечението. Лечението се определя от психиатър в болницата. Съдът преразглежда задържането на всеки три месеца и може да го удължи, ако е необходимо.

Принудителното извънболнично лечение се използва по-рядко, например поради обстоятелствата на живот на пациента или тежестта върху семейството.

Според докладите от организации за човешките права, лицата, поставени в принудително лечение, като процент от общия брой на хоспитализираните пациенти в психиатрични болници, е между 3-5%. Консултативната група е наясно, че е налице тенденция към леко увеличаване на задържанятията.

Съдебни случаи: Съдът може да разпореда принудително лечение в обикновена психиатрична болница или специализирана болница с повишен надзор, когато лицата са извършили престъпления, поради психично разстройство или поради някаква форма на зависимост (чл. 89 и чл. 92 от Наказателния кодекс).

В тези случаи, прилагането на принудително лечение се извършва от прокурор след експертна оценка (чл. 427 от Наказателния кодекс). Последващата процедура е идентична с тази за гражданско принудително лечение, с изключение, че срокът е 6 месеца на принудително лечение, след което съдът може да спре или да замени формата на лечението с друга мярка.

В случаите на престъпление, поради наркотична или алкохолна зависимост, съдът може да разпореда принудително лечение заедно с наказателния срок. В такива случаи принудителното лечение, извършено през периода на наказателната присъда ще бъде приспаданото от срока на лишаване от свобода.

Настойничество: Член 5 от Закона за лицата и семейството предвижда пълно и частично попечителство за лица с психични разстройства или интелектуален дефицит, които не могат да се грижат за себе си и са недееспособни. Процедурата за поставяне на дадено лице под пълно или частично настойничество е описана в Гражданския процесуален кодекс (чл. 336-340). Процедурата за определяне на настойник е изложена в Семейния кодекс (чл. 153 -174).

Според Националната база данни „Население“ през юни 2012 г. в България е имало 6249 лица под пълно настойничество и 791 под частично настойничество. Данните от Агенцията за социално подпомагане показват, че 3679 от тези хора са в социални услуги от жилищен тип за деца и възрастни.

4.3. Инфраструктура

В България има около 68 психиатрични легла на 100 000 души от населението - около средната стойност за Европа, но услугата е ориентирана предимно към болничната помощ с малко над 9 легла на психиатър, което е към горния край на европейските съотношения. ^{Евростат 2015}

Консултативната група е наясно, че няма национална политика по отношение на критериите за приемане в различни болнични заведения за психично здраве, но миксът от случаи се състои до голяма степен от хора с тежки психози или тежки афективни

разстройства, а също и някои тежки пристрастяващи разстройства.

Консултативната група е уведомена, че мнозинството от хоспитализирани са приети доброволно, но не е успяла да получи данни относно правното основание за приемане.

Обзорна карта на психиатричните болнични заведения в България през 2018 г. - виж Таблица 1



Годишните данни от Регионална здравна инспекция. База данни на НЦОЗА

- Държавна психиатрична болница
- Центрове за психично здраве
- Психиатрично отделение в болница
- Университетска психиатрична клиника

Държавни психиатрични болници:

Понастоящем има 12 държавни психиатрични болници с 2225 легла и 128 места за дневни грижи. Въпреки, че те са разположени в цяла България, разпределението не винаги е пряко свързано с местните потребности и е повлияно от исторически фактори. Броят на леглата е в диапазона 40-510 на болницата със средно 170.

Държавните психиатрични болници са описани в доклада за самооценка за България, както следва:

„Държавните психиатрични болници са от институционално защитен тип. Териториалното разпределение на тези структури е неравно в цялата страна и не взема под внимание миграционните процеси през последното десетилетие, както и променените социално-икономически отношения. Повечето от болниците са изградени въз основа на принципа на изолация, характерен за 1950-те години. Местоположението на тези институции извън общността не е в съответствие с административното деление на страната и не се подчинява на естествено създадените здравни райони. В резултат на това, болните, настанените и лекуваните в тези обекти, често са на значително разстояние от дома им, което нарушава връзката

с техните роднини и предотвратява тяхната повторна социализация. Болниците обслужват няколко области , което затруднява тяхното ефективно управление и финансиране. “

По-нататък в доклада за самооценка се посочва:

„Условията за настаняване и лечение в тези заведения са различни, но като цяло изключително лоши, не отговарят на изискванията за съвременни услуги. Сградната инфраструктура на болниците е различна, но обикновено не се вземат под внимание специфичните нужди на пациентите, настанени в тези заведения. “

В доклада за самооценка се посочва още:

„Трябва да се отбележи, че във всички държавни психиатрични болници в страната има десетки пациенти, които не са на активно лечение и не са изписани. По този начин, болниците са принудени да поемат и ролята на домовете за хора с психични разстройства, практика, която съществува от десетилетия. “

Консултативната група е наясно, че е имало сравнително скорошни промени в някои финансирания чрез Закона за социално подпомагане, които са насочени към осигуряване на психосоциална рехабилитация за някои пациенти, но това изпълнение е много проблематично, с широка вариабилност на предоставяните услуги.

Центрове за психично здраве:

Понастоящем има 12 центрове за психично здраве с 1032 легла и 564 места за дневни грижи. Въпреки, че те са разположени в цяла България, разпределението не винаги е пряко свързано с местните потребности и е повлияно от исторически фактори. Броят на леглата е в диапазона 40-250 на център със средно 105.

Центровете за психично здраве са описани в доклада за самооценка, както следва:

„Центровете за психично здраве са бивши психиатрични диспансери. Преди всичко, психиатричните диспансери са структурирани да осигуряват прехода от институционално към извънболнично лечение на психично болни. До края на миналия век тяхната дейност е била ограничена до разпределението на пациенти от общността до институцията, поддържане на информационна база за обслужваните лица от определена област и предоставяне на извънболнични дейности. Психиатричните диспансери са били част от диспансер-болничния комплекс, който е бил основна структурна единица на институционалния бивши съветски модел. Здравната реформа е дала разнообразен правен статут на здравните институции в страната, различните форми на собственост и финансово управление, което е довело до разрушаването на диспансер-болничния модел. След децентрализацията на извънболничната помощ, голяма част от извънболничните консултативни функции на диспансерите са били

поети от частни психиатрични служби. Затова вероятно извънболничните центрове за психично здраве са били трансформирани в хибридни болнични/извънболнични услуги с нестабилен правен и икономически статут.“

Консултативната група е положила усилия да създаде ясно разбиране за пътя на пациента чрез държавните психиатрични болници и центровете за психично здраве. Бяха ни предоставени различаващи се обяснения от различни психиатри и останахме с впечатлението, че това може да отрази объркване по отношение на пътя на пациента от страна на местните заинтересовани страни.

Психиатрични отделения в многопрофилните болници:

Понастоящем има 16 психиатрични отделения в многопрофилни болници с 425 легла и 48 места за дневни грижи. Въпреки, че те са разположени в цяла България, разпределението не винаги е пряко свързано с местните потребности и е повлияно от исторически фактори. Броят на леглата е в диапазона от 10 до 79 на болница със средно 23.

Консултативната група е била информирана, че тези отделения са били наблюдавани като бreme от страна на управляващите многопрофилни болници, поради мерките за финансиране за психично-здравни грижи, което е довело до сравнително много по-ниски доходи в сравнение с други медицински специализирани отделения. Бяхме информирани, че това затруднява предоставянето на висококачествени грижи, а също и че е много трудно да се въведат нови блокове.

Университетски психиатрични клиники:

Понастоящем има шест университетски психиатрични клиники с 375 легла и 168 места за дневни грижи. Въпреки, че те са разположени в цяла България, разпределението не винаги е пряко свързано с местните потребности и е повлияно от исторически фактори. Броят на леглата е в диапазона 35-199 на болницата със средно 76.

Консултативната група отбелязва, че стандартът на тези заведения е много по-добър отколкото на държавните психиатрични болници и центровете за психично здраве, както и че често е имало значително външно финансиране от ЕС или неправителствени организации за изграждане на заведенията. Консултативната група е била информирана за схващането, че университетските клиники „действат изборително“ или избират своите пациенти, но ние не видяхме доказателства за това, а миксът от случаи, който видяхме изглежда е подобен на тези в други видове блокове.

Извънболнични и други заведения:

Някои извънболнични услуги се управляват от държавните психиатрични болници, центровете за психично здраве и университетските психиатрични клиники. Те изглежда не се управляват в съответствие с националната политика или последователен план, с доказателства за значителни вариации в наличност, вид, възстановяване и предоставяне на услуги - виж Таблица 2.

Извънболничната психиатрична помощ формира значителен компонент на предоставянето на психично-здравни грижи в България. Финансирането е чрез директни плащания или чрез възстановяване от Националната здравноосигурителна каса въз основа на консултация за един пациент (около 9 евро на пациент), без отчитане на процедури, извършвани от специалиста (като например диагностични изследвания, психологически консултации, психотерапия и т.н.).

Има някои други заведения, които се управляват и финансират от неправителствени организации като Глобалната инициатива в психиатрията в София. Налице е също така значителен психиатричен частен сектор, предоставящ предимно извънболнични услуги. Има малък брой психиатрични легла в други „затворени“ институции, като например Психиатричната клиника към Военномедицинската академия и Психиатричният отдел към Медицинския институт на МВР, които не са представителни за системата.

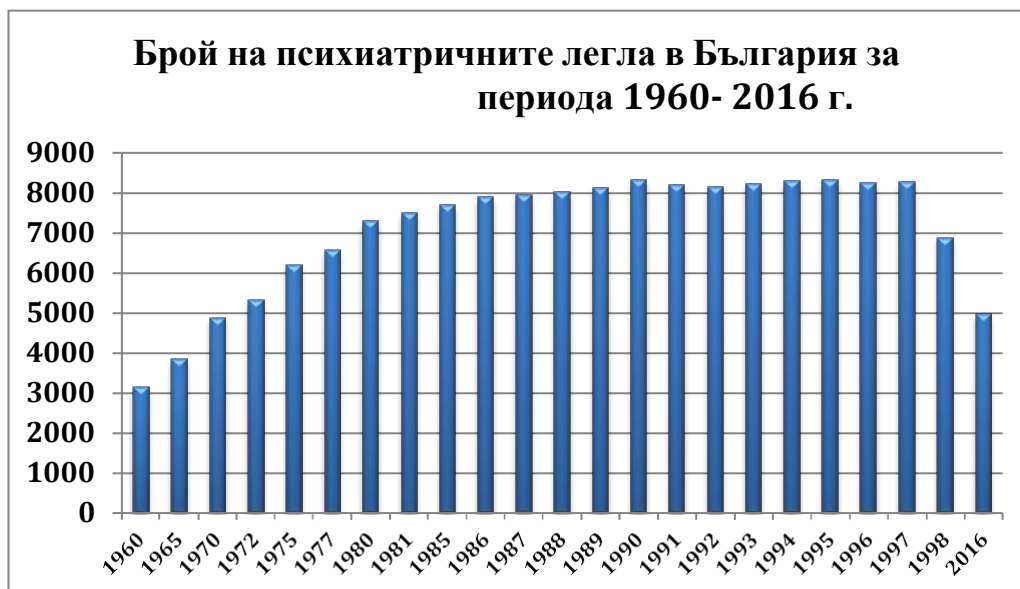
Таблица 1: Болнични легла по психиатрична специалност:

Легла в психиатрични заведения, клиники и отделения към 31.12. ¹⁾					
Тип легла	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Общо	4 735	4 824	4 848	4 959	4057
За наркология и интензивно лечение	-	-	-	-	-
За активно / дългосрочно лечение ³⁾	4 088	4 051	3 989	4 041	4057
Включително: Обща психиатрия	3 633	3 704	3 661	3 713	3761
Деца и юноши	68	43	34	34	32
Наркологични	162	164	154	154	129
Геронтологични	120	115	115	115	115
Други	105	25	25	25	-
Съдебна психиатрия	60	60	60	20	20
Дневен стационар	587	713	799	898	908 ²⁾
Психиатрични болници					
Общо	2 438	2 413	2 393	2 383	2225
За наркология и интензивно лечение ³⁾	2 258	2 238	2 214	2 247	2225
Включително: Обща психиатрия	1 963	2 038	2 024	2 057	2060
Наркологични / пристрастяване	110	110	100	100	75
Геронтологични	95	90	90	90	90
Други	90	-	-	-	-
Съдебна психиатрия	40	40	40	-	-
Дневна болница	140	135	139	136	128 ²⁾
Центрове за психично здраве					
Общо	1 358	1 480	1 506	1 585	1032
За активно / дългосрочно лечение ³⁾	1 044	1 037	1 042	1 047	1032
Включително: Обща психиатрия	984	990	995	1 000	1010
Деца и юноши	25	-	-	-	-
Наркологични / пристрастяване	20	22	22	22	22
Други	15	25	25	25	-
Дневна болница	314	443	464	538	564 ²⁾
Психиатрични клиники					
Общо	469	479	519	534	375
За активно / дългосрочно лечение ³⁾	341	349	341	343	375
Включително: Обща психиатрия	243	251	252	254	266
Деца и юноши	41	41	32	32	32

Наркологични / пристрастяване	32	32	32	32	32
Геронтологични	25	25	25	25	25
Други	-	-	-	-	-
Съдебна психиатрия	20	20	20	20	20
Дневна болница	108	110	158	171	168 ²⁾
Психиатрични отделения					
Общо	470	452	430	457	425
За активно / дългосрочно лечение ³⁾	445	427	392	404	425
Включително: Обща психиатрия	443	425	390	402	425
Деца и юноши	2	2	2	2	-
Дневна болница	25	25	38	53	48 ²⁾
¹⁾ Вкл. обхванати лечебни заведения към други институции ²⁾ През 2016 г., в съответствие с промените в Наредба 49 на Министерството на здравеопазването от 2010 г., с изключение на болничните легла, местата за кратък престой също се отчитат поотделно. ³⁾ За 2016 г. - за активно лечение / дългосрочни грижи.					

Тенденция в броя на леглата:

През последните 20 години в България е налице е намаление от 40% на броя на болничните психични легла, водещо до настоящото състояние на приблизително средния за Европа брой легла на 100 000 души от населението. Това не изглежда да е придружено от увеличаване на инвестициите в амбулаторни / извънболнични психиатрични услуги.



Консултативната група отбелязва, че е имало цялостно намаляване на населението на България след присъединяването ѝ към Европейския съюз, но въпреки това е имало непропорционално намаляване на броя на психиатричните легла на 10 000 души от населението през последните две десетилетия.

Психиатрични легла на 10 000 души от населението за периода 1960-2016 г.

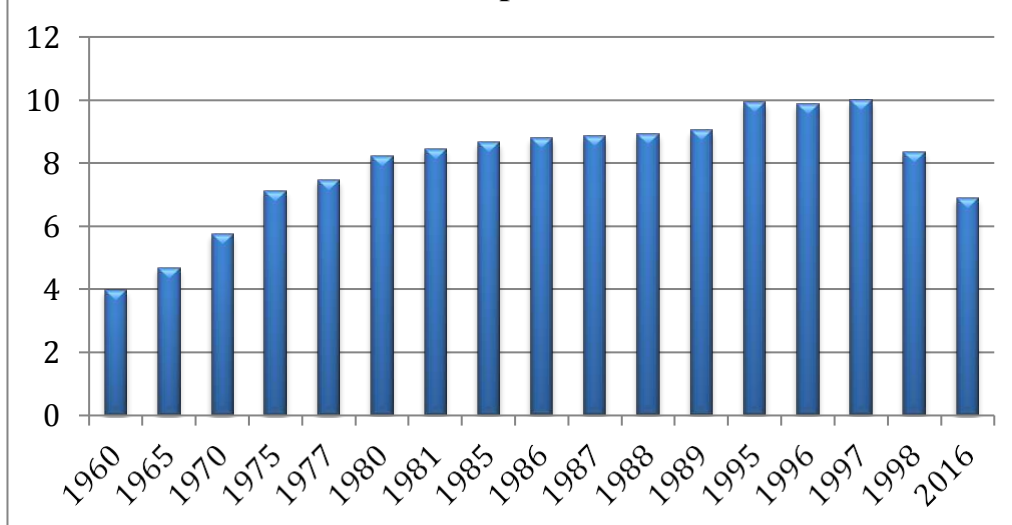


Таблица 2: Извънболнична дейност

Извънболнична дейност в психиатрични заведения, клиники, отделения, служби и стационари													Брой		
	2012 г.			2013 г.			2014 г.			2015 г.			2016		
	Посещения	Включително:		Посещения	Включително:		Посещения	Включително:		Посещения	Включително:		Посещения	Включително:	
	Деца под 17 години	Профилактични		Деца под 17 години	Профилактични		Деца под 17 години	Профилактични		Деца под 17 години	Профилактични		Деца под 17 години	Профилактични	
Общо															
Психиатри	614533	21297	11925	564598	25141	76258	519706	25385	65832	566124	20935	86328	533518	16242	86926
Детски	10491	9173	1151	8211	6532	862	18155	6633	1541	8200	4914	1603	8506	6185	2044
Съдебни	3944	26	1915	3155	4	1452	3722	-	1109	3290	54	1587	6247	15	-
Наркозози	17112	246	411	17428	48	607	15591	29	-	30992	41	-	10571	-	-
Включително:															
Психиатрични болници															
Психиатри	28085	773	16496	29469	554	11841	27741	423	11179	27326	278	12208	28375	134	13000
Детски	171	-	-	273	-	-	175	-	-	73	-	-	8	-	-
Съдебни	110	-	-	179	-	-	157	-	-	168	-	-	2035	-	-
Наркозози	4820	236	-	4807	47	-	3899	29	-	10326	41	-	2350	-	-
Центрове за психично здраве															
Психиатри	185854	6770	75988	140228	5706	50598	123675	4450	38939	150535	4272	59681	147068	3696	60007
Детски	7333	6186	1151	5428	4022	862	5968	3754	1534	5717	2757	1603	5029	2985	2044
Съдебни	3819	11	1915	2976	4	1452	3565	-	1109	2931	-	1587	3837	-	-
Наркозози	2977	-	411	3067	-	607	1856	-	-	1976	-	-	2558	-	-
Психиатрични клиники															
Психиатри	24764	2004	-	24487	2528	-	20782	1913	-	20270	1780	-	22141	1586	2503
Детски	1987	1987	-	1752	-	-	1440	1440	-	1340	1320	-	854	854	-
Психиатрични отделения															
Психиатри	24911	302	11149	22543	418	7973	17955	389	6796	19047	314	8096	19531	402	5208
Детски	-	-	-	214	214	-	174	174	-	233	-	-	260	-	-
Съдебни	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Автономни психиатрични служби в рамките на лечебните заведения															
Психиатри	5799	30	-	4495	-	-	4041	18	-	3720	23	-	3430	22	-
Извънболнични психиатрични заведения и структури															
Психиатри	345120	11418	8292	343376	15935	5846	325512	18192	8918	345226	14268	6343	312973	10402	6208
Детски	1000	1000	-	544	544	-	10398	1265	7	837	837	-	2355	2346	-
Съдебни	15	15	-	-	-	-	-	-	-	191	54	-	375	15	-
Наркозози	9315	10	-	9554	1	-	9836	-	-	18690	-	-	5663	-	-

4.4. Работна сила

Изглежда няма налични напълно надеждни текущи данни за работната сила в българското психично здравеопазване, поради сложността на финансиране и договорни споразумения. Националният статистически институт обхваща всички държавни и общински болнични служби с основно или двойно служебно договорени психиатри.

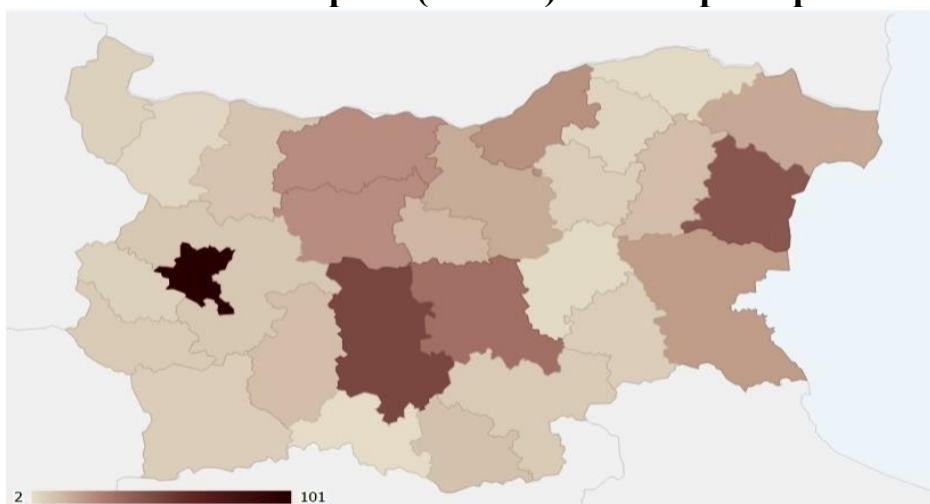
От друга страна, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) докладва за общия брой на договорените извънболнични психиатри. Не всички от последните имат основно назначение в болничния блок. Има известно припокриване между двете групи раздели, което обаче е трудно да се прецени.

Работната сила в психичното здравеопазване в България се състои от приблизително (Национален Статистически Институт).

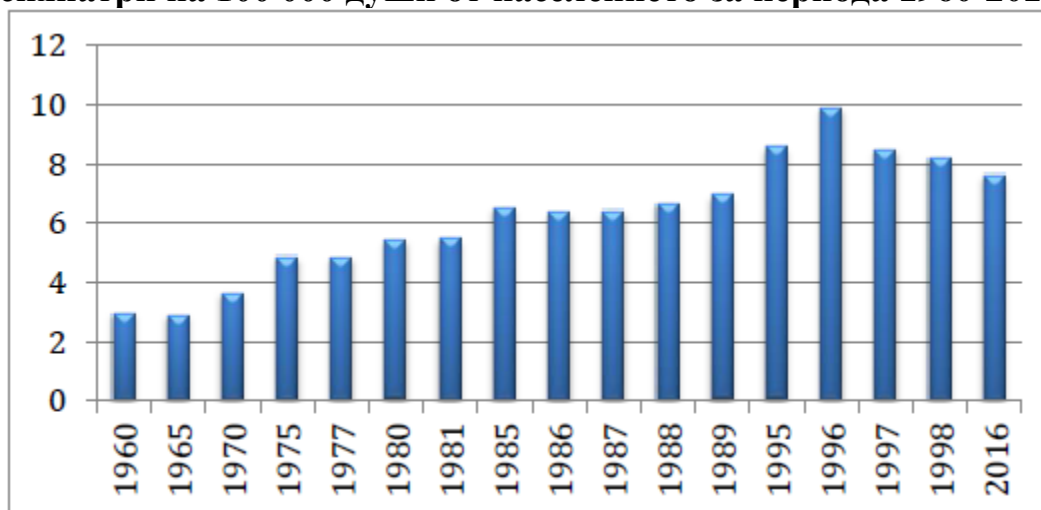
- 518 лекари, от които около 447 са психиатри
- 978 медицински сестри за психично здраве
- 89 психолози
- 50 социални работници
- 789 асистенти за здравни грижи

Тази работна сила е неравномерно разпределена в цяла България с до 60% отклонение в души на психиатър между шестте основни административни области и концентрация в градските райони. Това представлява сериозен недостиг на клинично обучен персонал в психичното здравеопазване в сравнение със средните стойности за Европа.

Гъстота на психиатрите (n = 518) в България през 2018 г.



Психиатри на 100 000 души от населението за периода 1960-2016 г.



България: Доклад за самооценка

Психиатри (на 100 000 жители) в други европейски страни, 2015 г.

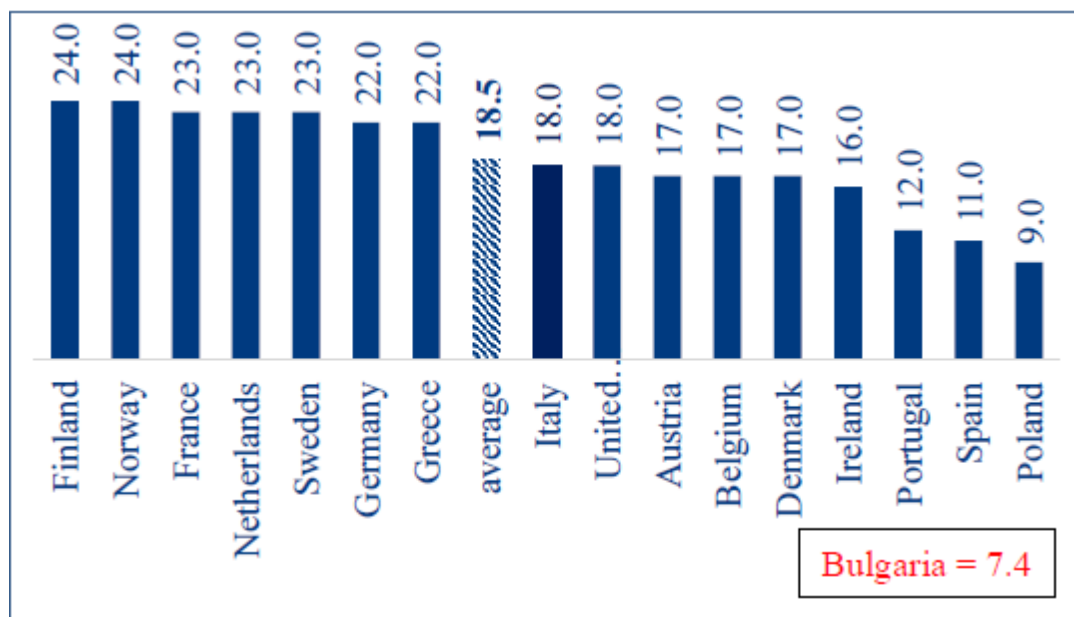


Таблица 3: Психиатрична работна сила

По платежни ведомости	2012 г.				2013 г.				2014 г.				2015 г.				2016 г.			
	Позиции		Физически лица		Позиции		Физически лица		Позиции		Физически лица		Позиции		Физически лица		Позиции		Физически лица	
	Наети (вкл. заемани двойна служба)	Общо	Вкл. основен трудов договор	Вкл. основен трудов договор	Наети (вкл. заемани двойна служба)	Общо	Вкл. основен трудов договор	Вкл. основен трудов договор	Наети (вкл. заемани двойна служба)	Общо	Вкл. основен трудов договор	Вкл. основен трудов договор	Наети (вкл. заемани двойна служба)	Общо	Вкл. основен трудов договор	Вкл. основен трудов договор	Наети (вкл. заемани двойна служба)	Общо	Вкл. основен трудов договор	Вкл. основен трудов договор
	Общо																			
Психиатри	929,50	862,75	949	587	927,00	848,50	935	592	916,75	852,50	936	595	937,25	873,55	952	596	951,25	861,05	955	600
Детски	24,00	21,00	22	19	21,50	20,50	24	19	21,50	20,50	22	20	26,50	25,50	26	23	26,00	24,00	26	21
Съдебни	8,00	8,00	9	8	8,00	8,00	10	9	7,00	7,00	8	7	6,50	6,50	8	7	7,50	7,50	8	6
Нарколози	19,50	19,50	20	18	19,50	19,50	20	18	18,50	18,50	20	17	16	16	16	15	14,00	14,00	14	14
	Включително:																			
	Психиатрични болници																			
Психиатри	149,00	127,00	126	122	152,00	130,00	130	124	154,50	137,50	139	134	158,50	137,00	139	127	159,00	130,50	134	124
Нарколози	13,00	13,00	13	13	12,00	12,00	12	12	12,00	12,00	12	12	13,00	13,00	13	13	13,00	13,00	13	13
	Центрове за психично здраве																			
Психиатри	191,00	165,50	165	164	185,50	160,50	162	162	183,00	153,50	155	151	179,50	152,50	156	149	182,50	152,00	155	145
Детски	4,00	3,00	3	3	3,00	3,00	4	4	4,00	4,00	4	4	5,00	5,00	5	5	4,00	4,00	5	4
Съдебни	3,00	3,00	3	3	3,00	3,00	3	3	2,00	2,00	2	2	2,00	2,00	2	2	2,00	2,00	2	2
Нарколози	3,00	3,00	3	3	1,00	1,00	1	1	1,00	1,00	1	1	1,00	1,00	1	1	1,00	1,00	1	1
	Психиатрични клиники																			
Психиатри	97,00	87,00	96	91	96,5	81,75	92	87	93,25	82,75	94	90	99,50	93,50	105	101	112,50	105,50	116	109
Детски	16,00	14,00	15	15	13,5	12,50	15	14	12,50	11,50	13	13	15,50	14,50	15	15	15,50	13,50	14	14
Съдебни	3,00	3,00	4	4	4,00	4,00	6	6	3,00	3,00	4	4	2,50	2,50	4	4	3,50	3,50	4	3
Нарколози	1,50	1,50	2	2	2,50	2,50	3	3	3,50	3,50	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	Психиатрични отделения																			
Психиатри	53,50	48,25	48	47	61	58	61	56	58,25	55,00	57	53	62,50	56,50	59	54	66,00	59,00	61	56
Детски	1,00	1,00	1	1	1,00	1,00	1	1	2,00	2,00	2	2	2,00	2,00	2	2	2,00	2,00	2	2
	Автономни психиатрични служби в рамките на лечебните заведения																			
Психиатри	8,00	8,00	8	8	3,00	3,00	3	3	5,00	5,00	5	5	3,00	3,00	3	3	3,00	3,00	3	3
	Извънболнични психиатрични заведения и структури																			
Психиатри	431,00	427,00	506	155	429,00	415,25	487	160	422,75	418,75	486	162	434,25	431,05	490	162	428,25	411,05	486	163
Детски	3,00	3,00	3	-	4,00	4,00	4	-	3,00	3,00	3	1	4,00	4,00	4	1	4,50	4,50	5	1
Съдебни	2,00	2,00	2	1	1,00	1,00	1	-	2,00	2,00	2	1	2,00	2,00	2	1	2,00	2,00	2	1
Нарколози	2,00	2,00	2	-	4,00	4,00	4	2	2,00	2,00	3	-	2,00	2,00	2	1	-	-	-	-

4.5. Детска психиатрия

Детската психиатрия е отделна специалност, която не се нуждае от основно или общо обучение по психиатрия преди специализация. Има 22 детски психиатри в България и три болнични отделения за деца в София, Пловдив и Варна с 29 легла. Има някои извънболнични заведения за деца в Русе и София.

4.6. Съдебна психиатрия

Консултативната група е била уведомена, че има 8 съдебни психиатри в страната с една напълно функционираща съдебномедицинска болница.

4.7. Социални услуги

Социалните услуги в България работят по Закона за социално подпомагане. Видовете социални услуги, свързани с психо-социалната рехабилитация на лица с психични разстройства са:

- дневни центрове за възрастни хора с увреждания
- защитени жилища (достъп само със заповед на Агенцията за социално подпомагане)
- социални асистенти
- домашни грижи

Заведенията за дневни грижи работят отделно от медицинските служби, което създава структурна пречка за интегрирането на грижите за психичното здраве. Има 13 дома за възрастни хора с психични разстройства с капацитет от 1036 души, 27 дома за хора с умствена изостаналост и 13 дома за хора с деменция. Консултативната група не е могла да посети някоя от тези служби, свързани със Закона за социалното подпомагане, нито получи по-подробни данни за техните налични ресурси, нито за използването им. Това изглежда се отразява в отчетените пречки за предоставяне на съвместни услуги, свързани с разделението между здравните и социалните грижи.

Таблица 4: Данни за общия брой болнични

Хоспитализирани случаи (изписани и мъртви) в стационари на психиатрични заведения, клиники и отделения										
Наименование на болестта по МКБ-10	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	Брой	На 1000000 души от населението	Брой	На 1000000 души от населението	Брой	На 1000000 души от населението	Брой	На 1000000 души от населението	Брой	На 1000000 души от населението
Общо	50804	695,4	51971	715,3	55028	761,7	52933	737,4	41995	589,2
Психични и поведенчески разстройства	48863	668,8	51005	702,1	54239	750,8	52074	725,5	41130	577,0
Всички други класове болести	58	0,8	89	1,2	62	0,9	39	0,5	84	1,2
Епилепсия	57	0,8	43	0,6	60	0,8	35	0,5	17	0,2
Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакт със здравни услуги	1883	25,8	877	12,1	727	10,1	820	11,4	781	11,0

1) През 2016 г., в съответствие с промените в Наредба 49 на Министерството на здравеопазването от 2010 г., с изключение на хоспитализираните случаи на болнични легла, лицата, обгрижвани в места за краткосрочен престой също се отчитат отделно.

4.8. Финансови ресурси и финансиране (подробни данни в Приложение 2)

Финансирането за болнична психиатрична помощ се оценява на около 100 милиона лева (50 милиона евро), или около 2,5% от общия бюджет за здравеопазване в страната. Последният се състои от около 8% от българския БВП, което е под средната стойност за Европа, а България има едни от най-ниските разходи за здравеопазване на глава от населението в Европа от малко повече от 1000 евро на година. Здравен профил на държава Европейска комисия 2017

Финансирането на психично-здравните услуги в България е сложно и произтича от различни потоци, които изглежда не винаги са координирани или в комуникация, което води до объркана ситуация с липса на съвместни грижи и непоследователен път на пациента. Консултативната група отбелязва, че дори старшите лекари не винаги са били в съгласие по отношение на правилата и механизмите за финансиране.

Финансирането на болничните психиатрични услуги е с произход от четири нива от:

- държавния бюджет
- договори с НЗОК
- общините
- частни плащания

Финансирането от държавния бюджет е по формула, определена със заповед на министъра на здравеопазването, която включва болнично лечение на пациенти с психични заболявания в съответствие с определени критерии, изброени в приложение към формулата.

Формулата за финансиране на медицинските заведения, предоставящи болнични психиатрични грижи включва центрове за психично здраве, клиники и многопрофилни болнични отделения с „1-во, 2-ро или 3-то ниво на компетентност“, съгласно медицинския стандарт „Психиатрия“. Тези, които на практика представляват по-малък сегмент на системата. Дейностите, обхванати от тази формула са за болнично лечение за срок до един месец и продължителност не по-малко от 20 дни, и за всеки следващ месец от престоя на пациента, поради необходимост от допълнително лечение. Това на практика означава стимул за продължителни болнични приеми при липсата на обективна оценка за качеството на лечението, водещо до изписване.

Заплащането за дневни болнични грижи подлежи на същите изисквания. Формулата плаща за рехабилитация, когато тя се осъществява чрез трудова терапия в болнични условия и с възможност за удължаване на престоя за повече от един месец.

Държавните психиатрични болници са най-голямата част от системата, но нямат тенденция да бъдат финансирани чрез тази формула. Вместо това те се финансират на исторически принципи (броят на пациентите, приети през последната година). Тази система за финансиране е отчетена в доклада за самооценка като водеща до опозиция и

напрежение между различните видове лечебни заведения и се отразява на качеството на медицинските услуги. Един основен проблем включва случаи на пациенти, които са били приети за дългосрочно (например 3 месеца) принудително лечение, особено в държавните психиатрични болници.

Финансирането на метадоново субституиращи и поддържащи програми чрез формулата на министерството е налично и за болници, различни от държавните психиатрични болници (тъй като те не отговарят на критериите на формулата).

Финансирането на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) се осигурява предимно за извънболнични психиатрични услуги. Ограничените приходи в някои лечебни заведения за болнична помощ се осигуряват от НЗОК за диспансерна дейност.

Няма данни по отношение на преките плащания в брой за психично-здравни услуги, но може да се предположи, че те са в значителен размер, като се вземат предвид две обстоятелства. На първо място, повечето от така наречените общи психични разстройства (като тревожни разстройства) са наблюдавани при тази настройка, и второ, хората с тежки психични заболявания (като например шизофрения), обикновено не могат да си позволят тази услуга без договор с НЗОК.

4.9. Посещения на място в България (виж списък в Приложение 1)

Консултативната група към ЕПА е могла да посети редица служби за психично здраве в България, за да получи изглед от първа ръка на някои от предизвикателствата, пред които е изправена страната по отношение на реформата на психично-здравните услуги.



Имахме встъпителна среща със заместник-министъра Светлана Йорданова, на която тя открито обясни предизвикателствата и много ясно изрази подкрепа, включително финансова, за основаната на доказателства промяна, както и за посещението на консултативната група към ЕПА.

Център за психично здраве в окръг София

Този център се намира на територията на двор, споделен със заведения за кардиология и дерматология и преди това се е използвал като „диспансер“. Последните са настанени в добре поддържани модерни сгради, докато психиатричните заведения, както болничните, така и извънболничните, са били сериозно пренебрегвани, разнебитени, лошо поддържани, мръсни/нехигиенични, пренаселени, с минимална или никаква програма за терапевтична дейност, а мъжете и жените пациенти са настанени в същия блок без присъствие на персонал за през нощта.



26



психиатрична
8 г.

Блок кардиология/дерматология



Тоалетна за пациенти

Център за психично здраве окръг София



Стая за пациенти

Университетска клиника Александровска

Това заведение се намира в многопрофилна болница заедно с други медицински специалности, но се възприема като нежелано от ръководството на болницата, защото не носи големи приходи в сравнение с други специалности, поради правилата за финансиране за психично-здравни услуги.

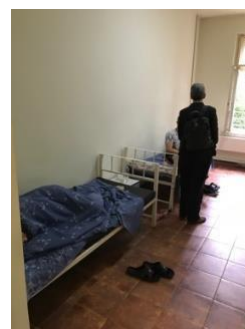
Въпреки това, съоръженията в клиниката са на добро ниво с по-добър морал на персонала.



Държавна психиатрична болница Новиска Кория

Това е най-голямата психиатрична болница, обслужваща София и се намира в селски район на известно разстояние от града, на мястото на бивш манастир. Имало е скорошен ремонт за подобряване на съоръженията, но обектът ясно страда от недостатъчно финансиране с амортизация, незаети работни места, липса на терапевтични дейности, липса на достъп до транспорт / линейки за пациентите. Тя се намира на около 18 мили от най-близката многопрофилна болница.

Директорът има силно желание да подкрепи промяната и да се приближи повече до обикновена болница с цел подобряване на достъпа на пациентите до друга медицинска помощ.



Университетска клиника Свети Наум

Тази Университетска клиника е част от по-голяма болница, включително услуги по Неврология, а сега се състои от два блока с около 60 легла общо. Това е намаляло значително от предишните 150-200 легла тук. Клиниката е ремонтирана със средства от ЕС за добър ефект и съоръженията са с добро качество. Въпреки това, дори и тук има данни за недостатъчното финансиране, като например една тоалетна за 35 пациенти и липса на сигурно съхранение на вещи на пациентите. Осигурени са дневни болнични услуги за 20 пациенти.



Център за психично здраве София Център

Консултативната група е посетила този Център за психично здраве, разположен в централната част на София в една модернизирана сграда с няколко етаж. В нея има блок за спешна помощ (4 легла), дневна болница (50 места), услуги за деца и юноши (6 легла), силно защитени (25 легла) и средно защитени (20 легла). Има и етаж, управляван като Дневен център от Министерството на труда и социалната политика, но се ръководи изцяло отделно и не можахме да го посетим, въпреки че бяхме на мястото. Въпреки, че

страда от същата липса на финансиране, както се вижда на друго място, този блок изглежда е с приемлив стандарт.

Консултативната група отбелязва отново нивото на изтощение на персонала, както и сериозното недоверие по отношение на възможните реформи и промени в националната система за психично-здравни услуги.

Глобална инициатива в психиатрията Социален център за възстановяване София

Това е сравнително нов и уникален проект, пилотиран от Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика и управляван от НПО на Глобалната инициатива в психиатрията. Той осигурява ориентирана към възстановяване услуга за рехабилитация за до 8 хоспитализирани и работи с до 60 пациенти в общността. Пациентите са активно реинтегрирани в общността и заетостта, включително и в перилната дейност, извършвана от пациентите в центъра.

Персоналът включва административни, шофьор, чистач, психолози, социални работници и експерти с опит, но не и психиатри (въпреки, че са договорили неофициален достъп за известна психиатрична помощ).

Консултативната група бе любопитна да научи, че този център е открит в средата на жилищен район на София. Те бяха директно посрещнати и предварително избегнати възможни негативни нагласи от широката общественост, например чрез разговори с местните жители и поканите да ги посетят. Въпреки това, те не срещнаха никакви съществени проблеми, свързани с негативно отношение на всички.

Те съобщават един много успешен рекорд за предотвратяване на по-нататъшно приемане в болница за своите пациенти.



Място за срещи и дейности



Перилна дейност

5. Предизвикателства и проблеми в предоставянето на психично-здравни услуги в България

Въпреки, че има явни много сериозни проблеми, които засягат много области на психично-здравните услуги в България, Консултативната група иска да подчертае селекция от примери за добри или дори отлични практики, които са срещнали в България. Признаваме, че поради ограниченията на краткото 5-дневно посещение и

наличното време, това далеч не е изчерпателен списък, и искаме да потвърдим тези, които не са изброени тук:

- Консултативната група бе впечатлена от откритите и прозрачни нагласи, които видяха на всички нива от заместник-министърът до администратори, клиничен персонал и пациенти. Вярваме, че тази отвореност е това, което ще направи подобряването възможно
- Консултативната група бе впечатлена от страстта и отдадеността на много от заинтересованите страни, които се срещнахме, и по-специално техния стремеж за подобряване на услугите
- Консултативната група бе впечатлена от службата, управлявана от Глобалната инициатива в психиатрията в София. Тя е насочена към пациентите, упълномощаваща и успешно е преодоляла много от проблемите, които се възприемат като задържане на подобно развитие на услуги на друго място
- Консултативната група бе впечатлена от високия калибър на специалисти стажанти в психиатрията, с които се срещнахме и смята, че запазването им в България ще бъде ключова част от бъдещи подобрения на услугите
- Консултативната група бе много благодарна за отличната подкрепа, предоставена от проф. Хинков, проф. Стоянов, д-р Наков, д-р Околийски, както и Министерството на здравеопазването, Националният център за обществено здраве и анализи и службата на СЗО в България

5.1. Нарушения на човешките права и неприемливи условия

Консултативната група бе много притеснена да открие случаи на очевидно повторно нарушение на основните човешки права, като например Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (ратифицирана от България), по-специално така, тъй като те вече са били идентифицирани от предишни доклади от посещения на СЗО.

Избрани примери включват:

- Националният регистър на хора с психични заболявания, установени от член 147 от Закона за здравето изглежда е в нарушение на член 5, ал. 2 от Конвенцията:

„Държавите-страни следва да забраняват всички форми на дискриминация въз основа на увреждане и да гарантират на хората с увреждания равна и ефективна правна защита срещу дискриминацията на всички основания.“

- Съществуващата хоспитализация на хора в държавни психиатрични болници, които вече не изискват болнична помощ поради липса на здравни и социални грижи в общността изглежда, че е в нарушение на член 19:

„Държавите-страни по тази Конвенция признават равните права на всички хора с увреждания да живеят в общността, с възможности за избор, равни на другите, и трябва да предприемат ефективни и

подходящи мерки, за да се улесни пълноценното упражняване от хората с увреждания на това право и пълното им включване и участие в общността.“

- Дискриминационното финансиране и предоставяне на услуги за лечение на психично болни хора изглежда, че е в нарушение на член 25

„Осигуряване на лицата с увреждания същия обхват, качество и стандарт на безплатни или финансово достъпни здравни грижи и програмирани, като за всички останали.“

- Липсата на услуги за абилитация и рехабилитация и дейности за психично болни хоспитализирани, включително често пълната липса на болнични дейности и неприемливо лошите съоръжения с пренаселеност и липса на неприкосновеност на личния живот (включително мъже и жени, които споделят места за настаняване) и хигиената изглежда, че е в нарушение на член 26

„Държавите-страни трябва да предприемат ефективни и подходящи мерки, включително чрез взаимна подкрепа, за да се даде възможност на хората с увреждания да постигнат и поддържат максимална самостоятелност, пълна физическа, психическа, социална и професионална дееспособност и пълноценно включване и участие във всички аспекти на живота. За тази цел, държавите-страни трябва да организират, укрепват и разширяват цялостни услуги за абилитация и рехабилитация и програмни, по-специално в областта на здравеопазването, заетостта, образованието и социалните услуги.“

Консултативната група отбелязва, че много от посетените заведения страдат от значителен недостиг на неприкосновеност на личния живот на пациентите и са опасни среди с, например, липса на персонал през нощта и множество потенциални точки на лигатура.

Повечето заведения изглежда, че имат малко или никакви дейности за пациентите, като по-голямата част от пациентите са видени седящи безцелно на леглата си, независимо от времето на деня.

Консултативната група бе разтревожена да се информира, че заведенията в селските райони (които не са били посетени от Консултативната група) са още по-лоши.

Заведенията за хора с дългосрочни тежки разстройства често са неадекватни, с пренаселеност, липса на неприкосновеност на личния живот, липса на целенасочена рехабилитационна дейност, лоша поддръжка, лоша хигиена и недостатъчен персонал. Културата в някои изглеждаше терапевтично безнадеждна и имаше малко доказателства за общностно планиране за изпълнение.

5.2. Разпокъсани грижи

Един от основните проблеми е разпокъсания характер и липсата на непрекъснатост на грижите и лечението и на информация за пациента. След изписване от психиатрична болница, пациентите нямат рутинно пренасочване за проследяване, поддържаща терапия или психосоциални интервенции с оглед на тяхното възстановяване и реинтеграция в обществото. Тези дейности се извършват хаотично, в зависимост от конкретните обстоятелства на пациента, инициативите на грижещите се за тях и семейството или местни условия на обслужване.

Сложните системи правят много предизвикателно за пациентите да получат успешно и да продължат използването на лечение. Например, за да използва услуги, финансирани от НЗОК, пациентът е длъжен да посети личен лекар (GP), за да получи препращане към специалист, да посети този специалист, а след това да се удостовери протокола за лекарства, а ако това е за скъпоструващи лекарства трябва да бъде одобрено от специална комисия, след което да се върне към личния лекар и да посети аптека, за да получи лекарствата. Това вероятно ще е твърде сложно за много пациенти успешно да преговарят, да не говорим, ако те са с увредено зрение или когнитивно функциониране, или лоша мотивация и движение в резултат от тяхното психично разстройство. Сумите за лекарства за шизофрения и биполарно афективно разстройство се възстановяват, но не повече от три на пациент. Сумите за анти-депресанти се възстановяват само частично след предоставяне на доказателство за депресивно разстройство.

Консултативната група е взела предвид, че съществува национална система за болнична инспекция, но тя е крайно недостатъчна.

Оказва се, че има липса на стабилна национална система за отчитане на резултатите и показателите за качество на психично-здравните услуги, различни от основния брой легла и пациенти.

Оказва се, че има липса на национална система за отчитане и извличане на поуки от инциденти, включващи например самоубийство, самонараняване и медицинска грешка.

5.3. Липса на съвместно планиране и отчетност

Отговорността за предоставяне на психично-здравни услуги в България е разделена между много заинтересовани страни с малко доказателства за съвместно стратегическо мислене, съвместно планиране и координирано изпълнение. Тези различия се появяват, за да се обхване национална стратегия, финансиране, предоставяне на клинични услуги и обучение с доказателства за значителни практически трудности за заинтересованите страни, когато се опитват да работят заедно. Пример за това е, че Консултативната група е нямала възможност да посети заведения, попадащи в Министерството на труда и

социалната политика въпреки многократните искания.

В резултат Консултативната група се е сблъскала със ситуация, при която заинтересованите страни не са успели да идентифицират ясни линии на отговорност за вземане на решения и са оставени да се обвиняват един друг за всякакви възникнали проблеми. Консултативната група се опасява, че тази ситуация може да позволи на правителството да избегне и да отложи необходимите решения, поради липсата на съвместен консенсус и съгласие.

Консултативната група е била уведомена, че Министерството на труда и социалната политика съвсем наскоро е решила да създаде 25 центъра в болнични обекти за прехвърляне на хора от държавните психиатрични болници, но това не изглежда да е било планирано с участието на всички заинтересовани страни и не образува част от договорения стратегически план за здраве/социални въпроси.

5.4. Проблеми, свързани с персонала

В момента в България има нисък брой на психиатрични медицински сестри, клинични психолози (1,5 на 100 000 души от населението = около 10% от средната стойност за Европа от 13) и социални работници (0,36 на 100 000 души от населението) в сравнение със средните стойности за Европа. Броят на психиатрите в България е много нисък (7,4 на 100 000 души от населението), което е по-малко от половината от средната стойност за Европа от 18,5.

От особено значение е високата средна възраст на целия клиничен персонал, което предполага съвсем предвидимо влошаване на състоянието на работната сила през следващото десетилетие. Консултативната група е била информирана, че средната възраст на медицинските сестри е 58 години, а тази на психиатрите е 52 години. Това се влошава от значителната емиграция особено на по-млади служители, както и от недостатъчния брой, които влизат в програми за обучение.

Въпреки, че присъединяването към ЕС може да е донесло ползи за България, също така е вярно, че това е довело до много значителна промяна в българското население, като емигрирането на предимно млади хора и оставането на непропорционално голям брой по-възрастни и хора с влошено здраве.

Моралът на персонала почти винаги е бил много лош в посетените обекти, със силно чувство на безнадеждност и преобладаваща безпомощност. Това беше отразено в нагласите за грижите за пациентите - като пример за това е, че персоналят в повечето посетени заведения влизат в стаите на пациентите без да почукат или да поискат разрешение за влизане на гости (членове на Консултативната група) вътре.

Консултативната група бе притеснена да чуе, че изглежда има липса на ясна национална стратегия и система за набиране, обучение и задържане на клиничен персонал. Един пример за ефекта от това, освен броя на обучаваните е, че специалист стажантите по психиатрия се борят да получат обучение по подходящ набор от психични специалности, както и че те могат да бъдат

назначавани само в болница на свободна редовна медицинска длъжност, а не длъжности за предназначено обучение. За Консултативната група изглежда, че броят на влизащите в обучение, като психиатри, психолози, психиатрични сестри, социални работници и специалисти по трудова терапия, е изключително недостатъчен, за да отговори на известните изисквания за работната сила в България.

5.5. Финансови проблеми

Консултативната група е установила хаотично финансово положение с:

- сложни различни системи за финансиране, които нямат общо планиране или стратегия
- недостатъчни инвестиции в психично-здравни услуги (което води до нисък брой персонал, липса на обучение, липса на мултидисциплинарност, недостатъчни сгради и съоръжения)
- механизми за финансиране, които произвеждат погрешни стимули (примери: осигуряване за извънболнично лечение, водещо до неравнопоставеност в грижите; и които субсидират заплатите на психиатри, които насърчават хоспитализация на тези, които не могат да си позволят частни грижи)
- не е наличен подходящ набор от базирани на доказателства лечения;
- съществуват финансови стимули за многопрофилни болници за изключване на психиатрията чрез недостатъчното финансиране, закриване или неразвиване на психично-здравни услуги
- **липса на равнопоставена оценка с други медицински специалности**, което е много видимо, например с лошо поддържани крайно недостатъчни психично-здравни условия наред с далеч по-добре обезпечените общи медицински сгради и услуги
- много ниски заплати с например пряк стимул за психиатри да имат втора работа в частна практика или да правят пари от набиране на пациенти в фармацевтични проучвания

Около 12% от българското население не е обхванато от здравно осигуряване и следователно нямат достъп до финансирани от държавата извънболнични услуги за психично здраве (и ще трябва да платят за това самостоятелно). Единствената им възможност е болничната помощ, като по този начин се създава нездрав финансов стимул за приемане, за да получат достъп до грижи. Това засяга **непропорционално** лица с психични разстройства.

Консултативната група е била уведомена, че около 900 000 души в България получават някаква форма на обезщетение за инвалидност, а от тях около 300 000 са получавали това плащане за психични разстройства.

5.6. Липсата на консенсус между заинтересованите страни

Консултативната група е научила, че е имало много дискусии и обсъждания през последните 20 или повече години относно пътят напред, но е постигнат малък напредък, поради липсата на консенсус и липсата на клинично ръководство.

Налице са значителни разделения в професионалните организации и малко вяра, че една програма за промяна може да достави подобрене. Клиничният персонал почти всеобщо съобщава, че се опасява, че всеки план за реформа в психичното здраве ще се превърне в по-нататъшно намаляване на средствата, отпуснати за психичното здраве, както и че деинституционализацията от съществуващи болнични заведения ще се трансформира в реинституционализация в по-малки единици, осигурявайки същото ниско качество на грижи, или дори по-лошо, много по-ниско ниво на грижи, както и по-голяма тежест за семействата и общността.

Консултативната група отбелязва, че е имало намаление на леглата от около 20% в края на 1990-те години в рамките на предишното правителство и че това не е било придружено от инвестиции или предоставяне на алтернативни общностни услуги за засегнатите пациенти. Този опит е имал отрицателен ефект върху мненията на висши клиницисти по всяко предложение за бъдещи промени.

Консултативната група е срещнала силно чувство сред клиничния персонал, че правителството не е готово да подобри финансирането на психично-здравните услуги и дори може да търси причини за намаляване на финансирането.

5.7. Негативни обществени нагласи към промени в организацията на психично-здравните грижи, отчетени като добра причина за избягване на промяна

На Консултативната група е било многократно казвано от висши заинтересовани страни, че негативните обществени нагласи към хората с психични заболявания представляват сериозна пречка за промяна, например чрез предотвратяване на създаването на общностни услуги, както и защитени жилища.

Консултативната група, обаче, посети общностно заведение, включително болнично и извънболнично предоставяне на създадена от Глобалната инициатива в психиатрията услуга, основана на модел за възстановяване. Очевидно, това е преодоляло негативните нагласи до голяма степен без външна или официална подкрепа.

Ето защо Консултативната група е загрижена за реалната възможност за промяна, която се избягва поради разместени и преувеличени опасения от негативна обществена реакция.

5.8. „План за действие – Национална стратегия за дългосрочни грижи“ на българското правителство

Консултативната група широко приветства принципите и намерението, залегнали в основата на българската Национална стратегия за дългосрочни грижи, включително по-специално ангажимента към прилагането на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.

Консултативната група, обаче, се опасява, че може да няма достатъчно признание от спонсорите на здравни и социални грижи на финансовата полза за страната като цяло от инвестиране в психично-здравни услуги, както и размера на необходимите допълнителни инвестиции, включително в превантивни услуги, както и интегрирани, насочени към хората медицински, психологически и социални интервенции. Тази допълнителна инвестиция е показана на друго място, за да се получат значителни икономии на разходите в здравеопазването и социалните грижи, а също и в подобряването на общата икономическа производителност.

5.9. Маргинализация на психиатрията като медицинска специалност

Това е сериозен проблем, който трябва да бъде разгледан незабавно на национално политическо равнище.

Това е отразено в много отношения, като например:

- хроничен и сериозен недостиг на инвестиции в психично-здравни услуги, водещ до почти точката на срив в тези услуги
- на психиатрите не е разрешено дори в Университетска клиника директно да нареждат необходими изследвания като КТ или ЯМР на своите пациенти
- психиатричните заведения се намират физически отделно от другите медицински специалности, а често и на много километри един от друг
- национално самодоволство по отношение на негативните нагласи към психиатрията и психично болните, включително в рамките на медицински и други здравни професии

6. Препоръки

6.1. Определяне на национален клиничен ръководител с изпълнителна оперативна отговорност и власт за вземане на решения за програмата за промяна. Клиничният ръководител трябва да се определи съвместно от министерствата на здравеопазването и на труда и социалната политика и трябва да докладва директно на двамата министри.

Определянето на този клиничен ръководител е съществено изискване за гарантиране на успешното изпълнение на промяната в сегашната система, която е в застой от разпокъсване, разногласия, липса на яснота и липса на отчетност.

Клиничният ръководител трябва да има необходимата власт, а също и силна подкрепа от двамата министри, които ще трябва управляват през промяната.

6.2. Определяне на национална работна група, председателствана от националния клиничен ръководител, която да консултира, ръководи и изпълнява програмата за промяна.

Тази работна група трябва да включва представители на всички заинтересовани страни, включително пациенти, грижещи се и международни експерти.

Трябва да е изискване на процеса на промяна, че клиничният ръководител трябва да положи големи усилия за постигане на консенсус относно промените, които се изискват от работната група, но също така, че не се дава ненужно значение на фалшивите пречки пред промяната.

6.3. Разпределяне на 10% от бюджета за здравеопазване за психичното здраве.

Има дългогодишно и значително наследство от недостатъчно финансиране на психично-здравните услуги, което безспорно е причинило значителни икономически щети на България чрез преодолимо резултатно увеличаване на разходите за здравни и социални грижи, както и преодолима загуба на икономическа производителност.

„Общите разходи за само за депресия в Европейското икономическо пространство се оценяват на 136,3 милиарда евро (цени от 2007 г.). По-голямата част от тези разходи, 99,3 милиардна годишно, са свързани със производствени загуби от работа, но около една трета от разходите попадат в системата на здравеопазването.“

МакДейд, „Осъществяване на дългосрочен икономически случай за инвестиране в психичното здраве, за да се допринесе за устойчивото развитие“ Европейски съюз 2011 г.

Необходимо е незабавно значително увеличение на бюджета, отпуснат за психично здраве и свързаните с него услуги за социални грижи поради две важни причини:

- да се подпомогне преодоляването на историческата несправедливост, включително чрез повишаване на заплатите за набиране на персонал, както и за обновяване и изграждане на подобрени съоръжения
- като ясно заявление за намерението от страна на правителството за подобряване на морала на персонала и за създаване на реална надежда за положително подобряване на качеството на здравните грижи

Консултативната група признава, че това е значителна сума пари, но е много притеснена, че без силна интервенция като тази, психично-здравните услуги са изложени на реална опасност от срутване поради пенсиониране, изгаряне и емигриране на персонала, придружени от липса на набиране на персонал в психично-здравни клинични роли.

За щастие, има убедителни доказателства за икономическите ползи от тази инвестиция в психично-здравните услуги, като например:

„Възвръщаемостта на тази инвестиция също е съществена, с полза за съотношения на разходите от 2·3-3·0, когато се вземат предвид само икономическите ползи и 3·3-5·7, когато е включена и стойността на здравната възвръщаемост“ Chisholm et Al, Lancet 2016 г.

- 6.4. Увеличаване на заплатите на клинично квалифицирания персонал, който работи в заведенията за психично-здравни грижи; привличане на стажанти и благоприятстване за връщането на емигриралите да работят в по-привлекателни среди.**

Това трябва да следва от т.6.3. по-горе, но трябва да бъде стриктно следвано и да се придружава от творческо използване на социалните медии и други маркетингови инструменти за насърчаване на кариери в психично-здравните услуги в България.

- 6.5. Противодействие с подходящи кампании и инициативи на страха, че реформата ще се превърне в по-нататъшно намаляване на средствата, отпуснати за психично здраве, включително неподходящо закриване на болнични легла.**

Клиничният персонал е много притеснен, че всеки процес на реформа или промяна ще се използва като оправдание за намаляване на инвестициите в психично-здравните услуги. Като се имат предвид силните икономически стимули за инвестиции в психично-здравните услуги (виж т. 5.8. по-горе), това трябва да бъде бърза победа.

- 6.6. Избягване на всеки опит за внос на модели за продажба на едро от чужбина; приспособяване на развитието на по-общността система за психично здраве към конкретните условия в България и пълноценно използване на местните сили и опит.**

Въпреки това, учейки се от опита на другите ще помогне в разработването и прилагането на ефективни промени, например с помощта на насоки на СЗО като Европейския план за действие за психично здраве за периода 2013-2020 г.

- 6.7. Изпълнение на национални планове за действие за премахване на дискриминацията и подобряване на отношението към хората с психични заболявания; и подобряване на имиджа на психиатрите и цялата работна сила в психичното здраве.**

Добрите практики от други места могат да бъдат адаптирани към българските местните изисквания.

Въпреки това, първата стъпка е приемането и ангажираността на всички заинтересовани лица, че отрицателните, дискриминационните нагласи могат, ще и трябва да бъдат променени.

За да се постигне това ефективно, трябва да се използват пълноценно организациите на пациентите, семействата и полагащите грижи за водене, консултиране и изпълнение на тази програма.

6.8. Включване на пациентски и семейни сдружения успоредно и заедно с научни и професионални организации при планирането и изпълнението на различните етапи от процеса на реформа.

Това е споменато другаде вече, но е толкова важно и с основно значение за бъдещия успех на всяка съществена програма за промяна, че Консултативната група включва ясно това, като самостоятелна препоръка.

6.9. Установяване на съвместни и ефективни работни взаимоотношения между Министерството на здравеопазването (МЗ) и Министерството на труда и социалната политика (МТСП).

Това е необходимо за осигуряване на подходящо интегрирано лечение, непрекъснатост на грижите и грижи, насочени към възстановяване в болнични и извънболнични среди.

Това трябва да включва съставяне на споразумение за споделяне на бюджети/критерии за финансиране на различни компоненти на подкрепа, за да се гарантира, че са налице ясни договорени пътища на лечение и налична подкрепа за улесняване на възстановяването и социалното включване на хора с остри и по-дългосрочни нужди.

По-конкретно, трябва да има яснота относно ролите и балансирани отговорности на компонентите на интегрираните услуги на МТСП и МЗ (например МЗ финансира клиничен екип за хора, живеещи в подпомогнатото настаняване, като самата услуга за подпомогнатото настаняване се финансира от МТСП).

6.10. Изпълнение на програми за обучение за съществуващия персонал за подобряване на уменията и подобряване на морала, както и подкрепа на най-добрата клинична практика, включително чрез по-стари служители. Неприемане на лоша практика, прилагане на процеси за управление на изпълнението за подобряване на практиката и, ако е необходимо, смяна на неефективния персонал.

Понастоящем услугите са силно зависими от кохортата на застаряващия

персонал и ще бъдат сериозно компрометирани, ако има масови пенсионираня. Въпреки това, трябва да се положат сериозни усилия за повишаване на самочувствието и уменията на тези служители, като в същото време прави лошата практика неприемлива.

6.11. Подобряване на образованието и обучението в психотерапията и психосоциални интервенции.

Налице е огромен недостиг на квалифициран персонал, способен да осигури тези, които трябва да бъдат спешно решени чрез програма за висококачествено обучение, обект на редовни независими проверки и контрол на качеството.

6.12. Подобряване на образованието и обучението и значително увеличаване на броя на обучаваните във всички психиатрични специалности, включително детска психиатрия и съдебна психиатрия.

Налице е сериозен недостиг на клиничен персонал и съоръжения в тези области, които трябва да бъдат спешно решени чрез програма за повишено наемане на персонал и висококачествено обучение, подлежащо на редовни независими проверки.

6.13. Планиране на изпълнението и координирането на реалистичен спектър от психично-здравни услуги, които отговарят на нуждите на населението.

Услугите трябва да включват както общностни, така и болнични услуги; те трябва да бъдат взаимозависими, т.е. да осигуряват непрекъснатост на грижите и добър комуникационен поток сред потребителите и официалните и неофициалните полагащи грижи за психичното здраве, както и лекарите и социалните служби. Какъвто и да е прилаганият модел, той трябва да насърчава одобряването на модела за био-психо-социално възстановяване във всички стъпки на грижите, от превенция до остри, дългосрочни и рехабилитационни условия.

6.14. Разработване и прилагане на плана за действие за реформа в психично-здравните услуги по такъв начин, че да могат да бъдат предоставяни поетапно въз основа на клиничния приоритет и наличните ресурси. На първо място в списъка на приоритетите трябва да бъде цялостното повторно предоставяне и разпределение на услугите със сериозни нарушения на правата на човека.

Тези нарушения включват недостатъчни или липса на отделни съоръжения за мъже и жени; недостатъчно пространство, разпределено за всяко лице;

липса на безопасно и леснодостъпно съхранение на лични вещи; добре работещи и чисти тоалетни съоръжения; липса на програми за структурирани дейности в рамките на съоръжението и недостатъчна подкрепа за пациентите за достъп до общностни дейности (включително отдых, образование и професионална рехабилитация като подпомагана заетост); наличие на ясна и писмена информация за правата на пациентите; писмени протоколи, обучение и мониторинг на ограниченията, което включва пълно обосноваване защо не е подходяща по-маловажна интервенция.

Освен това националният план може да бъде предшестван от пилотен план, включващ градски и селски райони. Целта на това е да се тества моделът и да се изгради доверие за по-нататъшно внедряване. Различните райони могат да изискват различни модели: например в селските райони може да има по-голяма нужда от леснодостъпни услуги, близки до общността, с ограничен брой легла, но оборудвани с амбулаторни, дневни грижи, домашни посещения, програми за рехабилитация и по-малко подпомагани места за настаняване. Моделите трябва да могат да се адаптират, за да се използват позитивно местните силни страни и опит.

6.15. Определяне и наблюдение на строги критерии за задължително лечение и подкрепа при вземането на решения.

Те следва да бъдат в съответствие с европейското законодателство и да бъдат придружени от обучение, както е необходимо за ангажирания персонал. Процесът на обжалване трябва да бъде надежден, ефективен и свободен за ползване за пациента, който трябва да получи юридическо представителство за тази цел. Много от тези особености вече съществуват в българското законодателство, но трябва да бъдат придружени от система за ефективен мониторинг и докладване, за да се гарантира, че правата на пациента на практика са напълно зачетени и защитени.

6.16. Осигуряване на различни, но еднакво хуманни и висококачествени среди за грижи за всички пациенти с психични заболявания, в това число за старост и детска психиатрия, заболявания от пристрастяване, умствено увреждане и съдебна психиатрия, които са разположени така, че да се постигне лесен достъп за пациентите и техните семейства.

Налице е сериозен недостиг на всякакви съоръжения за възрастни хора, деца, пристрастени и нарушители с психични разстройства, които трябва да бъдат спешно решени. Икономическият случай за правилно лечение на хора с психични разстройства е огромен, особено като се има предвид разходите за лечение през целия живот загубата на производителност, свързана с нелекувани и неефективно лекувани психични разстройства в тази група.

- 6.17. Определяне и изискване на метод основан на доказателства за измерване на качеството на услугите и резултатите от програмата за повторно предоставян на ниво услуга (например продължителност на престоя, разходи за грижи, качество на обслужване) и на ниво пациент (например възстановяване, удовлетвореност на пациентите, маркери за социално приобщаване). Насърчава се използването на съществуващите стандартизирани инструменти за оценка на качеството (като например индикатор за качество на рехабилитационната грижа, който вече е преведен на български език и инструментариумът на СЗО за права за качество)**

Необходима е спешна нужда от систематична национална оценка на качеството на клиничните услуги и обучение, за да се повиши качеството. Пациентите и семействата / полагащите грижи трябва да бъдат централна част от разработването и провеждането на този процес. Съществуват редица установени модели на друго място, които могат да бъдат адаптирани, за да отговарят на българските изисквания.

- 6.18. Изпълнение на официална и публично достъпна (цифрова) информационна платформа с подходящи и актуални индикатори за качество, в съответствие с европейското законодателство за защита на данните за проучване, планиране и мониторинг на състоянието и напредъка на реформите в областта на грижите за психичното здраве.**

Прозрачността по отношение на реформите ще бъде от ключово значение за гарантиране и поддържане на сътрудничеството между заинтересованите страни.

- 6.19. Изпълнение на външен независим преглед за редовно оценяване на напредъка в прилагането на промяната в психично-здравните услуги в България.**

Обосновката за това е, че ще се осигури непрекъснат фокус върху необходимостта от успешни промени, без да бъде един от българските заинтересовани страни.

- 6.20. Стимулиране и финансиране на изследвания за основана на доказателства оценка на изпълнението, поддръжката, приемането и по-нататъшното развитие на процеса на реформа.**

Това отново е от основно значение за осигуряване на сътрудничество и подкрепа от страна на заинтересованите страни.

Приложение 1:

Маршрут

17 юли 2018 г.	15:00	Министерство на здравеопазването
18 юли 2018 г.	09: 00-11: 00	Център за психично здраве окръг София
	12: 00-14: 00	УМБАЛ „Александровска“
	14: 30-16: 00	Зала 2, втори етаж, НЦОЗА
19 юли 2018 г.	08: 00-10: 00	Държавна психиатрична болница „Новиска Кория“
	11: 00-13: 00	Университетска психиатрична болница „Свети Наум“
	19: 30-	Официална вечеря
20 Юли 2018	09: 00-10: 30	Център за психично здраве София Център
	11: 00-12: 00	Център за възстановяване на Глобалната инициатива в психиатрията
	13: 00-16: 30	НЦОЗА

**Приложение 2:
Приходи, разходи, дейности и икономически показатели
(предоставени от Националния център по обществено
здраве и анализи)**

Използвани съкращения

КДЗО	Компании за доброволно здравно осигуряване
ДПБ	Държавни психиатрични болници
МБАЛ	Многопрофилна (Обща) болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ЦПЗ	Центрове за психично здраве

Консултативната група към ЕПА взема предвид малката обща инвестиция в психично-здравните услуги, както е обсъдено по-рано в доклада. Това е отразено в например ниски нива на квалифициран клиничен персонал, ниски инвестиции за сгради и съоръжения, ниски цени на храните и ниски инвестиции за всякаква форма на услуги за възстановяване, рехабилитация и реинтеграция.

Приходи, разходи, дейности и икономически показатели на държавните психиатрични болници (ДПБ) за периода 2010-2016 г.

Доходи по източници, разпределени за държавните психиатрични болници за периода 2010-2016 г.

<i>Лев / BGN</i>	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всички приходи	17 245 349	20 023 548	21 162 218	20 929 250	22 497 407	21 464 625	22 339 125
Субсидии от МЗ	16 382 032	19 329 823	20 580 045	20 352 821	21 855 565	21 097 549	21 956 739
Финансиране от Община	0	0	58 960	64 860	67 480	73 560	75 770
Фондове: НЗОК	0	0	0	0	0	0	0
Фондове: КДЗО	0	0	0	0	0	0	0
Приходи от продажби на услуги/стоки	162 606	142 516	156 427	153 879	165 169	116 797	95 713
Приходи от други продажби	4 415	27 851	7 533	11 886	13 619	9 286	6 674

Други финансови приходи	397 332	156 892	81 022	113 283	118 161	65 422	96 845
Набиране на средства дарения	298 964	366 466	278 231	232 521	277 413	102 011	107 384

Разходи по видове в ДПБ за периода 2010-2016 г. (включително дневен стационар, диагностично-консултативен блок и т.н.)

В лв.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храна	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	17 148 952	10 142 672	1 279 487	1 237 266	4 489 527
2011 г.	18 834 814	10 322 303	1 438 172	1 594 123	5 480 216
2012 г.	20 740 569	10 964 731	1 463 905	1 501 617	6 810 316
2013 г.	21 942 797	12 368 196	1 651 731	1 300 818	6 622 052
2014 г.	23 597 553	14 586 543	1 690 756	1 204 048	6 116 206
2015 г.	22 540 308	14 286 600	1 630 675	1 108 689	5 514 344
2016 г.	23 612 567	15 102 946	1 580 214	1 103 284	5 826 123

Капиталови разходи за придобиване на дълготрайни активи на ДПБ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Всички капиталови разходи за групата	Преглед на дълготрайни материални активи	Придобиване на дълготрайни материални активи	Придобиване на нематериални дълготрайни активи
2010 г.	28 666	0	27 226	1 440
2011 г.	3 661 027	1 686 806	1 612 795	361 426
2012 г.	926 700	791 487	135 213	0
2013 г.	1 185 946	1 172 502	13 444	0
2014 г.	742 541	419 589	322 952	0

2015 г.	74 999	73 759	1 240	0
2016 г.	226 702	192 277	34 425	0

Разходи по видове в дневните стационари на ДПБ за периода 2010-2016 г.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храни	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
<i>В лв</i>					
2010 г.	16 887 951	9 950 299	1 278 142	1 232 238	4 427 272
2011 г.	18 470 518	10 109 076	1 435 095	1 579 175	5 347 172
2012 г.	20 179 430	10 658 076	1 455 515	1 472 338	6 593 501
2013 г.	21 454 663	12 069 154	1 641 211	1 286 502	6 457 796
2014 г.	23 114 782	14 261 420	1 680 781	1 186 169	5 986 412
2015 г.	22 101 413	13 968 756	1 620 866	1 092 783	5 419 008
2016 г.	23 042 911	14 644 216	1 572 352	1 082 220	5 744 123
<i>В процентно изражение</i>					
2010 г.	100,0	58.92	7.57	7.30	26.22
2011 г.	100,0	54.73	7.77	8.55	28.95
2012 г.	100,0	52.82	7.21	7.30	32.67
2013 г.	100,0	56.25	7.65	6.00	30.10
2014 г.	100,0	61.70	7.27	5.13	25.90
2015 г.	100,0	63.20	7.33	4.94	24.52
2016 г.	100,0	63.55	6.82	4.70	24.93

Дейности на държавните психиатрични болници за периода 2010-2016 г.

Години	Средногодишен брой на леглата	Брой на лекуваните пациенти	Средна продължителност на престоя на пациент
2010 г.	2 597	12 391	59.5
2011 г.	2 478	12 413	57.1
2012 г.	2 429	11 615	59.0
2013 г.	2 410	11 673	58.1
2014 г.	2 373	11 335	57.8
2015 г.	2 363	10 997	56.0

2016 г.	2 285	10 887	56.5
---------	-------	--------	------

Персонал по категории в ДПБ за периода 2010-2016 г.

Години	Персонал с гимназиално медицинско образование	Съотношение: брой пациенти персонал гимназиално медицинско образование спрямо с	Здравни специалисти	Съотношение: брой пациенти спрямо здравни специалисти	Друг персонал
2010 г.	125	100	451	27	448
2011 г.	133	93	454	27	458
2012 г.	120	97	456	25	460
2013 г.	121	96	455	26	432
2014 г.	127	89	460	25	459
2015 г.	125	88	457	24	464
2016 г.	127	86	448	24	464

Икономически показатели на дейността на ДПБ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Среден разход за лекуван пациент	Среден разход за легло	Среден разход за болнично легло-ден	Среден разход за храна на ден	Средни разходи за лекарства на ден	Среден приход на легло
2010 г.	1 363	6 503	22.91	1.73	1.67	6 640
2011 г.	1 488	7 454	26.07	2.03	2.23	8 081
2012 г.	1 737	8 308	29.47	2.13	2.15	8 712
2013 г.	1 838	8 902	31.63	2.42	1.90	8 684
2014 г.	2 039	9 741	35.29	2.57	1.81	9 481
2015 г.	2 010	9 353	35.87	2.63	1.77	9 084
2016 г.	2 117	10 084	37.49	2.56	1.76	9 776

Среден разход за лекуван пациент в дневни болници в ДПБ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храна	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	1 363	803	103	99	357
2011 г.	1 488	814	116	127	431
2012 г.	1 737	918	125	127	568
2013 г.	1 838	1 034	141	110	553

2014 г.	2 039	1 258	148	105	528
2015 г.	2 010	1 270	147	99	493
2016 г.	2 117	1 345	144	99	528

Среден разход за легло-ден в дневни болници в ДПБ за периода 2010-2016 г.

В лв

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храна	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	23	13	2	2	6
2011 г.	26	14	2	2	8
2012 г.	29	16	2	2	10
2013 г.	32	18	2	2	10
2014 г.	35	22	3	2	9
2015 г.	36	23	3	2	9
2016 г.	37	24	3	2	9

Приходи, разходи, дейности и икономически показатели на центрoвете за психично здраве (ЦПЗ) за периода 2010-2016 г.

Доходи по източници, разпределени за центрoве за психично здраве за периода 2010-2016 г.

В лв.

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всички приходи	18 426 758	20 372 951	19 166 898	20 047 378	20 637 391	19 579 411	20 343 933
Субсидии от МЗ	1 286 666	17 524 577	15 841 067	16 678 228	17 140 243	15 991 013	16 494 712
Финансиране от Община	14 808 962	532 474	537 341	591 859	765 036	797 953	1 048 804
Фондове: НЗОК	0	0	0	343 042	301 714	314 146	298 452
Фондове: КДЗО	0	0	0	0	0	0	1 543
Приходи от продажби на услуги/стоки	1 926 895	1 850 751	2 400 434	1 640 464	2 059 734	2 040 989	2 056 459
Приходи от други продажби	83 268	128 870	41 878	61 010	86 112	54 416	158 839

Други финансови приходи	197 993	211 473	192 994	538 083	178 870	247 890	106 056
Набиране на средства дарения	122 974	124 805	153 183	194 691	105 682	133 005	179 068

Разходи по видове в ЦПЗ за периода 2010-2016 г. (включително дневен стационар, диагностично-консултативен блок и т.н.)

В лв.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храни	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	17 984 987	11 340 427	871 236	1 542 073	4 231 250
2011 г.	18 947 306	11 587 737	889 288	1 329 464	5 140 817
2012 г.	19 489 889	12 453 386	964 242	1 347 718	4 724 543
2013 г.	20 119 491	13 861 163	1 018 428	1 129 101	4 110 799
2014 г.	20 565 571	14 404 360	997 049	1 070 151	4 094 011
2015 г.	19 889 305	14 075 186	1 089 526	1 012 690	3 711 903
2016 г.	20 360 312	14 305 851	1 092 616	967 253	3 994 591

Капиталови разходи за придобиване на дълготрайни активи на ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

В лв

Години	Всички капиталови разходи за групата	Преглед на дълготрайни материални активи	Придобиване на дълготрайни материални активи	Придобиване на нематериални дълготрайни активи
2010 г.	531 548	433 955	97 593	0
2011 г.	1 091 431	765 911	313 438	12 082
2012 г.	780 595	584 371	183 763	12 461
2013 г.	480 757	311 074	161 301	8 382
2014 г.	135 075	87 038	41 529	6 509

2015 г.	46 616	22 763	23 775	78
2016 г.	164 474	9 608	154 866	0

Разходи по видове в дневните болници на ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храни	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
<i>В лв</i>					
2010 г.	12 095 458	7 159 887	855 370	1 220 912	2 859 290
2011 г.	12 942 347	7 450 372	870 093	1 059 942	3 561 939
2012 г.	13 771 067	8 242 046	960 135	1 076 074	3 492 813
2013 г.	14 269 995	9 396 810	1 010 797	913 686	2 948 702
2014 г.	14 685 957	9 924 663	990 130	845 279	2 925 885
2015 г.	13 883 869	9 398 500	1 081 809	767 622	2 635 938
2016 г.	13 913 420	9 423 219	1 064 415	694 687	2 731 099
<i>В процентно изражение</i>					
2010 г.	100,0	59.19	7.07	10.09	23.64
2011 г.	100,0	57.57	6.72	8.19	27.52
2012 г.	100,0	59.85	6.97	7.81	25.36
2013 г.	100,0	65.85	7.08	6.40	20.66
2014 г.	100,0	67.58	6.74	5.76	19.92
2015 г.	100,0	67.69	7.79	5.53	18.99
2016 г.	100,0	67.73	7.65	4.99	19.63

Дейности на центровете за психично здраве за периода 2010-2016 г.

Години	Средногодишен брой на леглата	Брой на лекуваните пациенти	Средна продължителност на престоя на пациент	Години
2010 г.	1 364	18 480	21.2	287
2011 г.	1 162	18 940	19.6	319
2012 г.	1 184	18 350	19.7	306
2013 г.	1 192	19 082	19.5	312
2014 г.	1 227	19 943	18.8	305
2015 г.	1 152	18 333	20.3	323
2016 г.	1 030	16 826	20.3	331

Персонал по категории в ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

Години	Персонал с гимназиално медицинско образование	Съотношение: брой пациенти персонал гимназиално медицинско образование спрямо с	Здравни специалисти	Съотношение: брой пациенти спрямо здравни специалисти	Друг персонал
2010 г.	83	223	246	75	195
2011 г.	82	231	259	73	193
2012 г.	82	224	270	68	197
2013 г.	75	254	271	70	204
2014 г.	76	264	254	78	190
2015 г.	82	224	259	71	180
2016 г.	81	208	256	66	182

Икономически показатели на дейността на ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Среден разход за лекуван пациент	Среден разход за легло	Среден разход за болнично легло-ден	Среден разход за храна на ден	Средни разходи за лекарства на ден	Среден приход на легло
2010 г.	655	8 868	30.88	2.18	3.12	13 509
2011 г.	683	11 138	34.92	2.35	2.86	17 533
2012 г.	750	11 631	38.04	2.65	2.97	16 188
2013 г.	748	11 971	38.36	2.72	2.46	16 818
2014 г.	736	11 969	39.21	2.64	2.26	16 819
2015 г.	757	12 052	37.30	2.91	2.06	16 996
2016 г.	827	13 508	40.80	3.12	2.04	19 751

Среден разход за лекуван пациент в дневни болници в ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храна	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	655	387	46	66	155
2011 г.	683	393	46	56	188
2012 г.	750	449	52	59	190
2013 г.	748	492	53	48	155
2014 г.	736	498	50	42	147
2015 г.	757	513	59	42	144
2016 г.	827	560	63	41	162

Среден разход за легло-ден в дневни болници в ЦПЗ за периода 2010-2016 г.

В лв.

Години	Общо разходи	Разходи за персонал	Разходи за храна	Разходи за лекарства	Оперативни разходи
2010 г.	31	18	2	3	7
2011 г.	35	20	2	3	10
2012 г.	38	23	3	3	10
2013 г.	38	25	3	2	8
2014 г.	39	26	3	2	8
2015 г.	37	25	3	2	7
2016 г.	41	28	3	2	8

Приходи по източници, разпределени за психиатрично отделение

В лв.

Вид на болница	Години	Общо финансови приходи	Включително доходи от:				
			Министерство на здравеопазването и Община	НЗОК	КДЗО	Продажби на стоки, услуги и други	Набиране на средства дарения
Университетска МБАЛ	2010 г.	6 571 773	6 231 668	0	0	205 224	134 881
	2011 г.	6 630 331	6 235 165	0	0	294 903	100 263
	2012 г.	6 050 855	5 608 368	2 884	0	340 353	99 250
	2013 г.	6 160 657	5 713 760	7 482	0	367 874	71 541
	2014 г.	7 609 807	7 141 101	1 358	0	404 174	63 174
	2015 г.	5 879 810	5 401 683	994	0	442 365	34 768
	2016 г.	4 438 440	3 905 891	1 034	0	496 558	34 957
Окръжна МБАЛ	2010 г.	2 948 930	2 815 127	0	0	120 689	13 114
	2011 г.	4 097 390	3 966 689	0	0	100 929	29 772
	2012 г.	3 992 560	3 826 959	0	0	106 113	59 488
	2013 г.	4 038 053	3 901 768	8 246	0	95 349	32 690
	2014 г.	3 630 720	3 540 017	8 260	0	65 095	17 348
	2015 г.	2 938 205	2 842 747	11 214	0	82 503	1 741
	2016 г.	2 878 686	2 768 384	11 354	0	85 931	13 017
Общинска МБАЛ	2010 г.	447 736	440 000	0	0	6 850	886
	2011 г.	628 116	545 800	0	0	13 808	68 508
	2012 г.	695 223	673 500	0	0	11 558	10 165
	2013 г.	777 177	747 896	0	0	28 511	770
	2014 г.	801 656	783 952	0	0	17 704	0
	2015 г.	754 532	731 612	0	0	20 528	2 392
	2016 г.	807 331	741 668	0	0	25 866	39 797

Разходи на психиатрично отделение

В лв.

Вид на болница	Години	Общо разходи	Включително разходи за:			
			Персонал	Храна	Лекарства	Оперативни нужди
Университетска МБАЛ	2010 г.	6 674 283	4 250 452	526 027	543 313	1 354 491
	2011 г.	6 587 149	4 340 033	568 938	435 845	1 242 333
	2012 г.	6 334 185	4 305 693	516 401	360 977	1 151 114
	2013 г.	7 127 044	5 001 816	517 250	314 963	1 293 015
	2014 г.	7 929 293	5 419 526	463 370	294 119	1 752 278
	2015 г.	7 708 204	5 494 918	512 296	244 240	1 456 750
	2016 г.	6 746 867	4 807 718	350 494	252 751	1 335 904
Окръжна МБАЛ	2010 г.	3 350 673	2 107 906	183 108	326 340	733 319
	2011 г.	3 647 670	2 367 263	164 944	318 469	796 994
	2012 г.	3 946 567	2 610 937	170 816	338 651	826 163
	2013 г.	3 740 451	2 570 784	189 098	273 523	707 046
	2014 г.	3 361 042	2 351 161	180 636	217 095	612 150
	2015 г.	3 602 042	2 619 571	156 352	190 447	635 672
	2016 г.	3 465 798	2 502 779	157 603	194 453	610 963
Общинска МБАЛ	2010 г.	666 027	466 798	20 501	53 721	125 007
	2011 г.	764 590	494 036	25 042	102 247	143 265
	2012 г.	571 142	450 124	25 170	33 631	62 217
	2013 г.	805 663	615 006	27 934	32 856	129 867
	2014 г.	817 520	625 488	23 801	32 398	135 833
	2015 г.	771 104	587 728	28 666	33 276	121 434
	2016 г.	748 527	573 851	30 658	31 617	112 401

Брой на болничните легла в психиатричното отделение

Година	Университетска МБАЛ	Окръжна МБАЛ	Общинска МБАЛ
2010 г.	396	309	40
2011 г.	403	266	42
2012 г.	406	284	42
2013 г.	408	286	43
2014 г.	451	259	45
2015 г.	461	260	55
2016 г.	295	274	47

Брой на лекуваните пациенти в психиатричното отделение

Година	Университетска МБАЛ	Окръжна МБАЛ	Общинска МБАЛ
2010 г.	9 653	7 172	1 116
2011 г.	8 897	6 880	1 192
2012 г.	7 845	6 690	1 277
2013 г.	7 713	6 583	1 451
2014 г.	9 344	6 009	1 534
2015 г.	8 334	5 453	1 582
2016 г.	5 509	5 595	1 476

Средна продължителност на престоя в психиатричното отделение

Година	Университетска МБАЛ	Окръжна МБАЛ	Общинска МБАЛ
2010 г.	13.4	13.6	12.3
2011 г.	15.1	13.6	11.4
2012 г.	15.5	13.9	11.2
2013 г.	16.2	14.0	9.9
2014 г.	14.8	14.0	9.8
2015 г.	17.0	14.8	10.9
2016 г.	17.8	15.1	12.7

Брой пациенти на лекар в психиатричното отделение

Година	Университетска МБАЛ	Окръжна МБАЛ	Общинска МБАЛ
2010 г.	163	206	237
2011 г.	139	191	298
2012 г.	111	203	255
2013 г.	106	192	290
2014 г.	130	211	383

2015 г.	107	189	288
2016 г.	85	178	328

Брой пациенти на медицинска сестра в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	69	77	80
2011 г.	66	74	74
2012 г.	57	72	82
2013 г.	58	70	102
2014 г.	71	69	99
2015 г.	61	65	100
2016 г.	48	68	96

Средни разходи за легло в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	16 854	10 844	16 651
2011 г.	16 345	13 713	18 205
2012 г.	15 601	13 896	13 599
2013 г.	17 468	13 079	18 736
2014 г.	17 582	12 977	18 167
2015 г.	16 721	13 854	14 020
2016 г.	22 871	12 649	15 926

Средни разходи за пациент в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	691	467	597
2011 г.	740	530	642
2012 г.	807	590	447
2013 г.	924	568	555
2014 г.	849	559	533
2015 г.	925	661	488
2016 г.	1 225	620	507

Средни разходи за храна на ден в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	4.06	1.88	1.49
2011 г.	4.58	1.79	1.72
2012 г.	4.27	1.84	1.71
2013 г.	4.18	2.16	1.85
2014 г.	3.58	2.22	1.52
2015 г.	3.69	1.99	1.54
2016 г.	3.57	1.87	1.63

Средни разходи за легло на ден в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	52	34	48
2011 г.	53	40	53
2012 г.	52	42	39
2013 г.	58	43	53
2014 г.	61	41	52
2015 г.	56	46	41
2016 г.	69	41	40

Средни разходи за лекарства на ден в психиатричното отделение

<i>Години</i>	<i>Университетска МБАЛ</i>	<i>Окръжна МБАЛ</i>	<i>Общинска МБАЛ</i>
2010 г.	4	3	4
2011 г.	4	3	7
2012 г.	3	4	2
2013 г.	3	3	2
2014 г.	2	3	2
2015 г.	2	2	2
2016 г.	3	2	2