

# Организация психиатрической помощи в Болгарии: социалистическое наследие и дальнейшие перспективы

The mental health system in Bulgaria: socialist heritage and prospects

doi: 10.17816/CP8631

Сообщение

Drozdstoy Stoyanov<sup>1</sup>, Vladimir Nakov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

<sup>2</sup> National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

Дроздстой Стоянов<sup>1</sup>, Владимир Наков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Пловдивский медицинский университет, Пловдив, Болгария

<sup>2</sup> Национальный центр общественного здоровья и анализа, София, Болгария

## ABSTRACT

The article overviews the current system of psychiatric care in Bulgaria based on statistical data for the country. We attempted to look at the reality of the psychiatric care system in Bulgaria as regards its structural parts, the relationships between them, their resource provision, as well as its financing. Attention is focused on some practices and policies that seem inadequate to the needs of patients, their successful treatment, and successful social rehabilitation and integration. It can be said that in recent years the Bulgarian mental health care system has not changed much and that it has a long way to go. There are socio-economic difficulties in the country, and the system needs to evolve to improve the level of care provided to patients. More importantly, Bulgaria must invest in mental health education, in preventive psychiatry, and in developing a culture of clinical management and organization.

## АННОТАЦИЯ

В настоящей статье представлен общий обзор системы психиатрической помощи в Болгарии на основании статистических данных по стране. Предпринята попытка рассмотреть структурные подразделения действующей системы, взаимоотношения между ними, их ресурсное обеспечение и финансирование. Особое внимание уделяется некоторым практическим подходам и принципам, которые, как представляется, в недостаточной мере учитывают потребности пациентов и не способствуют их успешному лечению, социальной реабилитации и интеграции. Можно утверждать, что в последние годы болгарская система психиатрической помощи не претерпела значимых изменений, и требуется еще много усилий по ее развитию. На фоне стоящих перед страной социально-экономических трудностей систему необходимо совершенствовать, с тем чтобы повысить качество предоставляемой пациентам помощи. Более того, государству следует увеличить инвестиции в образование, касающееся психического здоровья, в профилактическую психиатрию, а также в развитие культуры управления и организации в сфере здравоохранения.

**Keywords:** *mental health; policies; health system; psychiatric care; Bulgaria*

**Ключевые слова:** *психическое здоровье; государственное управление; система здравоохранения; психиатрическая помощь; Болгария*

## ВВЕДЕНИЕ

Население Болгарии составляет около 7 миллионов человек, из которых небольшую часть составляют турки (8,4%) и цыгане (4,4%). На территории площадью более 110 879 км<sup>2</sup> жители крупных городов (78%) преобладают по количеству над жителями сельской местности (22%). Болгария вошла в состав Европейского союза (ЕС) в 2007 г. и занимает 71-е место в мире по ВВП (валовому внутреннему продукту) на душу населения. Несмотря на некоторые усилия, которые предпринимались в этом направлении ранее, Закон о здравоохранении был впервые принят в 2005 г.

Во времена государственного социализма в Болгарии была принята диспансерная модель здравоохранения<sup>1</sup>. Отправной точкой маршрута пациента в данной системе была постановка на «диспансерный учет». Базовые принципы диспансеризации были закреплены в Законе о народном здравоохранении от 1973 г. [1].

В соответствии с единым мнением Министерства здравоохранения (МЗ), Болгарской психиатрической ассоциации, врачей, медсестер и других работников сферы здравоохранения, а также пациентов и их семей, необходимо создание инфраструктуры психиатрической помощи в Болгарии, и существует острая необходимость в проведении соответствующей реформы. Попытки проведения данной реформы приостанавливались ранее из-за сложности организации финансирования и отсутствия консенсуса у заинтересованных сторон [2].

## ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Психиатрическая помощь никогда не была приоритетной в болгарской системе здравоохранения: до государственного переворота 9 сентября 1944 г. в стране существовало всего несколько лечебных учреждений для пациентов с психическими расстройствами. При новом политическом режиме это направление здравоохранения также не стало приоритетным; положения об охране психического здоровья отсутствовали в первой программе Отечественного фронта, преимущественно коммунистической коалиции, которая пришла к власти после переворота. С начала 1950-х гг. новой и главной задачей стало создание системы амбулаторной помощи, основывающейся

на диспансерном подходе. Являвшийся воплощением социальной психиатрии с ее «профилактической ориентацией», проект диспансеризации должен был охватить многие аспекты и реализовать большие надежды болгарского психиатрического сообщества по «приближению психиатрии к обществу» [3].

Предполагалось, что диспансеризация станет выражением «профилактической тенденции в социалистическом здравоохранении», как сформулировал свой основной принцип Петар Коларов [4]. Полная диспансеризация должна была создать, по словам Тодора Живкова, «такие окружающие условия и обязательства, чтобы у каждого гражданина нашей страны, от колыбели до могилы, было личное дело, а также постоянное медицинское наблюдение и помощь». В соответствии с этим представлением о создании более благоприятных окружающих условий, включая более здоровую социальную среду, диспансерный подход являлся олицетворением концепции социальной психиатрии. Последнее понятие обычно объяснялось следующим образом: социальная психиатрия означает «максимальное приближение психиатрической помощи к обществу». Именно социальная психиатрия «подняла авторитет психиатрии и поставила ее в один ряд с ведущими медицинскими дисциплинами» [5]. Все это соответствовало советской модели диспансеризации, которая была принята болгарской психиатрией.

Диспансерная модель здравоохранения в Болгарии выполняла многие задачи: «длительное тщательное наблюдение пациентов и изучение индивидуальных (и семейных) потребностей и образа жизни», «обеспечение наиболее полного удовлетворения потребностей пациентов в специализированном психиатрическом лечении, социальной поддержке, трудоустройстве и реабилитации, бесплатной правовой помощи», квалифицированная помощь и профилактические мероприятия, направленные на создание более благоприятной среды для здоровья, санитарное просвещение, а также раннюю диагностику заболеваний и рецидивов [6]. Правовая основа, касающаяся диспансерного наблюдения пациентов с психическими нарушениями, появилась в 1987 г. [7].

<sup>1</sup> Данная модель сложилась под влиянием традиций, характерных для «стран социалистического лагеря», в то время как социально направленные модели здравоохранения, например, скандинавская, не были приняты во внимание.

До 1917 г. и некоторое время после него в российском психиатрическом сообществе была особенно популярна точка зрения о том, что хорошее психическое здоровье является естественным результатом улучшения социальных условий. После Октябрьской революции 1917 г. эта модель получила дальнейшее идеологическое обоснование, и это стало козырем в руках психиатров, которые хотели реорганизовать систему в профилактическом ключе. Наиболее выдающимся из них в Советском Союзе был Лев Розенштейн, который стал «отцом» диспансерной модели, управляемой и финансируемой государством. Его идея о «психоневрологических диспансерах» возникла главным образом из-за интереса к лечению алкоголизма, но фактически он был первым, кто превратил диспансер в учреждение «для объединенного ухода за пациентами с алкоголизмом и с неврозами» [8].

### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

К основным аспектам текущей ситуации относится глубокая фрагментация амбулаторной психиатрической помощи, которая не объединена должным образом с другими службами оказания медицинской помощи, а также с другими смежными областями государственного сектора, такими, например, как социальные услуги, образование и правосудие. На уровне политики в области охраны психического здоровья недостаточно представлены законные организации пациентов. Эти недостатки связаны с отсутствием целостного подхода к организации психиатрической помощи.

Данные эпидемиологического исследования, проведенного в 2011 г., показывают, что все респонденты с распространенными психическими расстройствами получали лечение в течение 12-месячного периода, предшествовавшего опросу (20,69%). 19,7% из них получали медикаментозное лечение: 16,85% — по назначению врача общей практики, 5,58% — по назначению психиатра. Интересно, что 3,75% тех, у кого не было патологических состояний, отвечающих критериям исследования, также обращались за медицинской помощью по поводу сопутствующих психических нарушений. Чаще всего лечение получали пациенты с паническим расстройством (59,34%), дистимией (43,44%), депрессивным эпизодом (32,33%) и посттравматическим стрессовым расстройством (31,74%). В 2-3 раза реже получали лечение пациенты с генерализованным тревожным расстройством (17,73%)

и фобиями (14,32%) Пациенты с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, получали лечение в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, только в 3,95% случаев (2,35% — по назначению психиатра). Чаще всего к психиатру обращались пациенты с паническим расстройством (20,47%), генерализованным тревожным расстройством (11,78%) и рекуррентным депрессивным расстройством (11,52%). Немедицинские виды помощи оказывались относительно редко — в 0,99% случаев. Большинство из таких пациентов (7,44%) составляли люди с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Красноречивым фактом об уровне диагностики данного психического расстройства в Болгарии является то, что только 3,75% пациентов из этой группы получили квалифицированную психиатрическую помощь [9]. Второе эпидемиологическое исследование, EPIBUL-2, было проведено в Болгарии в 2017 г. [10], однако его результаты не были опубликованы.

### ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ

В Болгарии имеется нехватка медицинских специалистов во всех областях. Психиатрия относится к областям медицины с наибольшей нехваткой персонала. Также существует проблема с несколькими линиями финансирования различных структур психиатрической помощи, что приводит к неравномерному распределению врачей в них.

В Болгарии врачи могут специализироваться по трем направлениям в области психического здоровья: «психиатрия», «судебная психиатрия» и «детская психиатрия». Это независимые области медицины, то есть нет необходимости получать первичную специализацию по психиатрии перед началом обучения по судебной или детской психиатрии. От начала обучения до получения сертификата по специальности «психиатрия» в Болгарии проходит минимум 11 лет.

Согласно данным, опубликованным в медицинской справочной литературе (рис. 1) наблюдается отчетливое уменьшение количества психиатров с 987 в 1996 г. до 759 в 2016 г. К сожалению, за последние 7 лет эта тенденция усугубилась, и каждые 2 года наблюдается невосполнимое уменьшение количества врачей примерно на 100 человек. Возможным объяснением этого процесса могут быть плохие условия труда, включая организационный и психологический климат, которые часто приводят к эмоциональному выгоранию [11, 12].



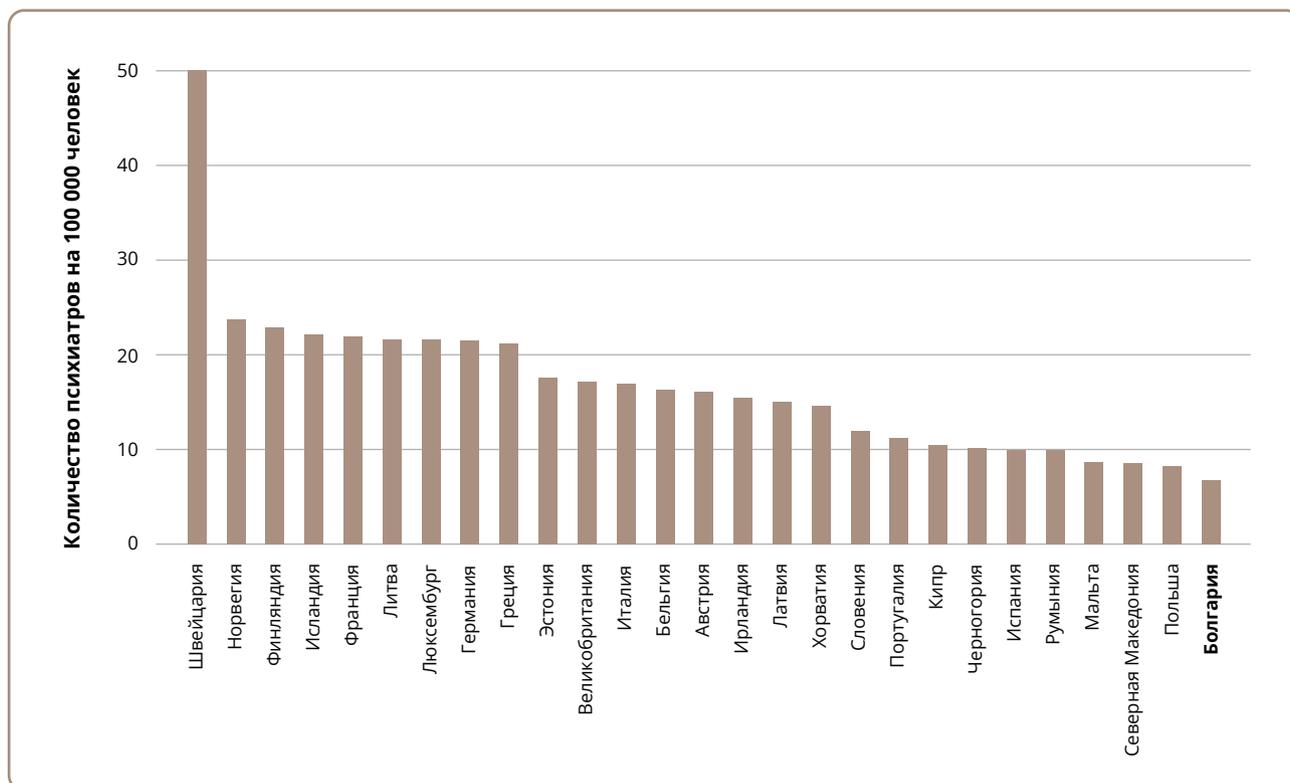


Рисунок 3. Количество психиатров на 100 000 населения в странах ЕС<sup>5</sup>.

возраст психиатра в стране составляет 58 лет, с ожидаемым повышением до 63 лет в 2028 г.

По сравнению с другими странами Европейского региона, в Болгарии крайне мало человеческих ресурсов, задействованных в психиатрической практике (рис. 3).

Данные МЗ от 2014 г., касающиеся другого персонала, задействованного в оказании психиатрической помощи. Это медицинские работники, задействованные только в стационарных психиатрических учреждениях. Из-за небольшого количества в некоторых категориях мы представим эти данные в целых числах, а не из расчета на население. Ассистенты врачей — 84; медицинские сестры — 1151; социальные работники — 56; психологи — 134; санитары — 830<sup>6</sup>.

### ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Дискуссия о болгарском законодательстве в сфере психического здоровья началась в 2001 г., одновременно с процессом вступления в ЕС. Одно из основных требований для вступления в ЕС касалось процедуры

принудительного лечения в Болгарии. Обсуждался вопрос о необходимости принятия отдельного закона, касающегося психического здоровья. В стране никогда не было отдельного закона, регулирующего аспекты психического здоровья, и такие вопросы как принудительное лечение, опека и дееспособность регулировались Законом о народном здравоохранении, который действовал до 2005 г., после чего был заменен новым Законом о здравоохранении. Некоторые эксперты придерживались мнения, что отдельный закон будет являться формой дискриминации людей с психическими расстройствами, другие настаивали на необходимости четкого регулирования в этой области здравоохранения. Фактически, законодательной системе в то время не хватило возможностей для разработки нового закона, и было принято решение о включении отдельной главы, касающейся психического здоровья, в новый Закон о здравоохранении. Закон о здравоохранении, который вступил в силу 1 января 2005 г., регулирует многие аспекты общественного здоровья, которые не были охвачены

<sup>5</sup> Данные Евростата за 2015 г.

<sup>6</sup> Министерство здравоохранения Республики Болгария. Внутренний отчет 28 региональных инспекций здравоохранения. Не опубликовано.

другими недавно принятыми законами, касающимися работы медицинских учреждений и медицинского страхования. Вопросы, касающиеся психического здоровья, регулируются главой 5 Закона, которая состоит из двух разделов: один посвящен охране психического здоровья, второй — принудительной госпитализации и лечению [13].

### **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ**

Реформа здравоохранения в Болгарии в 2000 г. положила начало новой фазе взаимоотношений внутри системы и внедрила рыночные элементы в процесс оказания медицинской помощи, хотя и в значительной степени посредством учреждения новой организации медицинского страхования. В психиатрии новые условия повлияли благоприятным образом преимущественно на тех, кто работает в амбулаторном звене, где процессы оказания медицинской помощи регулировались рыночными силами и наблюдалась децентрализация, как и в большинстве других медицинских специальностей. Однако эти процессы не затронули работу психиатрических отделений в стационарах, которые в основном сохранили институциональный характер. Дефицит финансирования и нежелание руководства выполнять задачи, обозначенные в ряде стратегических документов, привели к сильным искажениям и диспропорциям в работе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. В результате были нарушены принципы непрерывности и комплексного подхода в оказании медицинской помощи, а также принципы поддерживающей терапии.

Парадоксом в развитии системы оказания психиатрической помощи в нашей стране является то, что во времена тоталитарной системы здравоохранения путем открытия комплексов больниц, диспансеров и развития трудотерапии была реализована определенная форма биопсихосоциального подхода, которая при этом была жестко скована практикой изоляции и стигматизации пациентов с психическими расстройствами. В 1990-х гг. из-за отсутствия четко сформулированной концепции реформы и сопротивления переменам различных заинтересованных сторон этой инфраструктуре было позволено деградировать, и она была в значительной степени разграблена. В результате оказание психиатрической помощи стало хаотичным, страдает от низкого качества, неэффективности и несовместимо с современными требованиями.

Немногие примеры хорошей работы в отдельно взятых учреждениях, которые могут похвастаться хорошо развитой базой реабилитации и трудовой терапии, не могут гарантировать долгосрочную стабильность, и скорее являются результатом хрупкой комбинации индивидуальных усилий и благоприятных условий на местах.

Новые методы лечения психических расстройств выходят за рамки чисто медицинских вмешательств, которые в психиатрии в значительной степени ограничены медикаментозной терапией и некоторыми немедикаментозными методами — транскраниальной магнитной стимуляцией и электросудорожной терапией. Новые методы подразумевают скоординированные действия различных групп специалистов — врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников, а также внедрение новых рабочих мест и даже профессий, таких как кейс-менеджер. Отсутствие всеобъемлющей концепции реформы также приводит к несогласованным действиям в тех секторах, которые, по определению, должны взаимодействовать между собой. Чтобы добиться улучшения ситуации, необходимо внести изменения в правовую базу, обеспечить надежное финансирование и обучение специалистов. В настоящее время, несмотря на ряд принятых стратегических документов, программ и планов действий, по-прежнему отсутствует четкая политическая воля к переменам.

Психиатрическую помощь в Болгарии оказывают в психиатрических стационарах, психиатрических диспансерах и частных амбулаторных психиатрических клиниках.

В стране существует 12 государственных психиатрических больниц, 12 центров психического здоровья (бывших психоневрологических диспансеров), 5 психиатрических клиник (в составе университетских клиник) и 17 психиатрических отделений в многопрофильных больницах. Общий коечный фонд в психиатрических учреждениях в 2017 г. составлял 4105 коек, что соответствует 5,8 на 100 000 населения и 8,4% общего коечного фонда в стране.

Психиатрические больницы являются учреждениями стационарного типа. Территориальное распределение этих учреждений в стране неравномерно и не учитывает миграционные процессы последнего десятилетия, а также изменения социально-экономических отношений. Большинство больниц построено на основе

принципа изоляции, традиционного для середины прошлого века. Расположение этих учреждений за пределами населенных пунктов не учитывает административное деление страны и не соответствуют образованным естественным образом зонам медицинского обслуживания. В результате пациенты, принимаемые и находящиеся на лечении в этих учреждениях, часто оказываются на значительном расстоянии от своего места жительства, что усложняет общение с родственниками и препятствует их реинтеграции в общество. Больницы обслуживают несколько районов одновременно, что затрудняет эффективное управление ими и их финансирование.

12 психоневрологических диспансеров в стране структурированы таким образом, чтобы обеспечить переход от стационарного лечения к амбулаторному. До конца прошлого века их деятельность ограничивалась размещением в учреждении пациентов с психическими расстройствами, распространяющимися через общество, ведением информационной базы пациентов из отдельных регионов, находящихся в учреждении, и оказанием амбулаторной помощи. Психоневрологические диспансеры входили в состав диспансерно-больничного комплекса, расположенного в главном здании стационарного учреждения. В результате реформы здравоохранения лечебные учреждения в стране приобрели правовой статус, стали возможны различные формы их собственности и финансирования, и все это привело к упразднению диспансерно-больничной модели. После децентрализации амбулаторного звена здравоохранения значительная часть амбулаторных функций диспансеров вместе с документацией пациентов перешла к частным психиатрическим амбулаториям. Многие из этих амбулаторий заключили договоры с НФМС, поэтому большинство застрахованных граждан с психическими расстройствами продолжили получать амбулаторную помощь. По ряду причин психиатрические диспансеры не заключили договоры с НФМС в то же время и продолжили получать финансирование за счет утвержденных муниципальных бюджетов. Бывшие диспансеры, которые сегодня носят название центров психического здоровья, были переоборудованы в больницы, количество

коек в которых резко возросло с 25% общего коечного фонда в 1989 г. до почти 50%.

Кроме того, в многопрофильных больницах существуют небольшие психиатрические отделения, финансируемые МЗ за счет специальных отчислений в рамках сложной смешанной системы финансирования, которая старается удовлетворить реальные потребности населения.

Значительную часть амбулаторной помощи оказывают частные психиатры, получающие финансирование за счет государственной программы страхования. Амбулаторная психиатрическая помощь в Болгарии построена на индивидуальных или групповых психиатрических практиках, которые являются независимыми или осуществляются в рамках различных медицинских учреждений.

В последние годы возможности фармакотерапии в сфере здравоохранения значительно расширились благодаря доступности и применению новых лекарственных препаратов, в особенности антипсихотических препаратов второго поколения и современных антидепрессантов.

В отличие от практики, принятой в западноевропейских странах, лечение тяжелой психической патологии в Болгарии почти полностью сводится к применению медикаментозных средств, тогда как другие виды лечения<sup>7</sup> существуют пока только в слаборазвитой форме и имеют следующие наиболее значимые недостатки:

- отсутствует систематическое активное вовлечение пациентов в процесс лечения и работа на местах;
- интеграция и сотрудничество между частями инфраструктуры медицинских и социальных служб наблюдается только в отдельных случаях и не носит широкий или систематический характер;
- методы психосоциальной реабилитации представлены частично и неравномерно;
- отсутствуют группы и направления, отвечающие за вмешательство при ранних психозах, которые могли бы на постоянной основе заниматься вторичной профилактикой;
- нет четкого разграничения между службами в соответствии с иерархией оказания медицинской помощи.

<sup>7</sup> Такие как мобильная психиатрическая помощь, телемедицина, транскраниальная магнитная стимуляция, некоторые виды трудовой и арт-терапии. Даже такие традиционные методы, как электросудорожная терапия, сложны в использовании.

Общепризнанным следствием таких тенденций является постепенное увеличение количества судебно-медицинских случаев.

Психические расстройства традиционно связаны с отторжением обществом, страхом и стигматизацией. Стигматизация людей с психическими нарушениями представляет собой серьезную проблему со множеством последствий, которые проявляются как в переживании человеком собственной болезни, так и в снижении мотивации к обращению за профессиональной помощью. Стигматизация, связанная с психическими расстройствами, является настолько сильной, что создает стену молчания в отношении данной проблемы, усугубляя течение основного заболевания и делая его еще более невыносимым и трудным.

Болгария не является исключением из общей тенденции стигматизации людей с проблемами психического здоровья. Психическое заболевание до сих пор является запретной темой в болгарском обществе, не только на уровне отдельных людей или семей, но и в более широком социальном контексте. Как в местном сообществе, так и во всем мире предпринимаются попытки обсуждения этого вопроса, проводятся акции и прилагаются другие усилия по дестигматизации. Однако средства массовой информации по-прежнему уделяют недостаточно внимания этому вопросу или делают это ненадлежащим образом. Существуют эпизодические проявления борьбы со стигматизацией и дискриминацией в рамках различных проектов, но это не является последовательной государственной политикой<sup>8</sup>.

Одной из основных проблем является фрагментированный характер и отсутствие целостного подхода в уходе и лечении, а также в сборе информации о пациентах. После выписки из психиатрического стационара пациент обычно не получает направление на последующее наблюдение, поддерживающую терапию или какое-либо психосоциальное вмешательство с целью его выздоровления и реинтеграции в общество. Такие мероприятия проводятся в хаотичном порядке, в зависимости от конкретных обстоятельств

данного пациента, наличия инициативы со стороны его опекунов или семьи и доступности конкретных услуг на местном уровне.

Существующая сложная система очень затрудняет пациентам получение и продолжение лечения. Например, для того, чтобы получить услуги, финансируемые НФМС, пациент должен прийти на прием к врачу общей практики, получить направление к специалисту, прийти на прием к специалисту, получить рецепт на лекарственные препараты, а в случае дорогостоящих препаратов — получить одобрение специальной комиссии, и только после повторного визита к врачу общей практики прийти в аптеку, чтобы получить лекарственные препараты. Вероятно, успешное ориентирование в этой системе для многих пациентов является слишком сложной задачей, не говоря о тех случаях, когда вследствие психического расстройства у них нарушены когнитивные функции и способность понимать происходящее, а также ослаблена мотивация и снижена жизненная сила. Расходы на лекарственные препараты, применяемые при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве, компенсируются, но не более трех наименований на одного пациента<sup>9</sup>. Расходы на антидепрессанты компенсируются частично после предоставления документальных свидетельств наличия депрессивного расстройства.

Одной из основных проблем психиатрической помощи в настоящее время является фрагментированный характер и отсутствие целостного подхода в уходе и лечении, а также в сборе информации об отдельных пациентах. После выписки из психиатрической больницы пациент не получает каких-либо рекомендаций в отношении последующего наблюдения, поддерживающей терапии и каких-либо психосоциальных вмешательств с целью возвращения в социальную среду. Усилия, предпринимаемые в этом направлении, обычно носят хаотичный характер и зависят от состояния и статуса пациента, инициатива исходит от работников соответствующих амбулаторных служб или родственников. Такое положение дел подтверждается фактом того, что значительная часть

<sup>8</sup> Национальный центр общественного здоровья и анализа. Проект «Улучшение психиатрических услуг». Доступно по ссылке: <https://bgmental.ncpha.government.bg/en/node/35>.

<sup>9</sup> В НФМС действуют правила возмещения расходов на лекарства, которые не позволяют оплачивать более трех лекарственных препаратов на одно заболевание. Обязательным является четкое обозначение заболевания, по поводу которого назначен лекарственный препарат, в списке показаний к его применению в общей характеристике лекарственного препарата.

пациентов поступает в психиатрические больницы самостоятельно.

Предоставление социальных услуг в Болгарии законодательно закреплено в Законе о социальной поддержке и регулируется в соответствии с ним. В учреждениях социальной помощи, а также в небольшом количестве центров дневного ухода и домов-интернатов, финансируемых Министерством труда и социальной политики, насчитывается около 6000 коек для людей с хронической утратой трудоспособности.

В настоящее время существуют следующие виды социальных служб для психосоциальной реабилитации людей с недееспособностью по причине психического заболевания: центры дневного ухода для взрослых с нарушениями психики, дома-интернаты, социальная помощь и уход на дому. В рамках процесса европейской интеграции Болгарии все еще продолжается процесс перехода от стационарной медицинской помощи к амбулаторной в социальном контексте, за который отвечает Агентство по социальной поддержке (ASA, Agency for Social Assistance). В результате приложенных усилий в разных регионах страны были открыты центры дневного ухода для людей с нарушениями психики. Однако они являются независимыми организациями, и их работа не связана с более крупной инфраструктурой оказания медицинской помощи, а в небольших населенных пунктах их зона обслуживания ограничена ближайшими окрестностями. Это также относится к домам-интернатам, места в которых предоставляются не по направлению из медицинского учреждения, а в порядке, установленном ASA. По состоянию на 31 декабря 2014 г. в стране насчитывается 13 домов-интернатов для взрослых с нарушениями психики, в общей сложности на 1036 мест.

## ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансирование здравоохранения и система реформ здравоохранения в Болгарии до настоящего момента отражают переход от советской модели (модель Семашко<sup>10</sup>) к более гибкой и податливой модели. В прежней модели всеобщий охват страхованием достигался с помощью национальной системы здравоохранения, финансируемой из средств

государственного бюджета. Работа врачей и другого медицинского персонала оплачивалась как у государственных служащих, больницам выделялся общий бюджет, а частная практика и частное страхование были запрещены.

Со временем Болгария добилась прогресса в создании более плюралистической системы здравоохранения, основанной на модели социального медицинского страхования. В 1999 г. был учрежден НФМС, который стал крупнейшим потребителем медицинских услуг в стране. В целом, НФМС достаточно схож со многими «фондами социального (или обязательного) страхования на случай болезни» в ЕС. По сути, обязательные и автономные фонды страхования общественного здоровья охватывают все население. Работники (и их работодатели) платят взносы на социальное страхование, величина которых зависит от дохода, в то время как малоимущие, безработные, дети, пенсионеры, инвалиды и другие социально зависимые и уязвимые категории населения освобождены от взносов и покрываются государственным страхованием. Единственный национальный фонд страхования объединяет риски для здоровья у всего населения и приобретает медицинские услуги как у государственных, так и у частных поставщиков. В результате реформ, вместо финансирования существующих медицинских учреждений независимо от степени активности их деятельности и потребления их услуг, также произошло разделение закупки услуг на основании идеи о том, что деньги следуют за пациентами. В ходе реформ были изменены процессы оплаты услуг поставщиков; были разрешены частная медицинская практика и частное медицинское страхование; амбулаторная помощь была приватизирована и больницы стали независимыми организациями с точки зрения закона. МЗ сохранило за собой ответственность за общественное здоровье, экстренную медицинскую помощь, медицинскую помощь пациентам с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, психическими расстройствами и некоторые другие дополнительные медицинские услуги; его роль изменилась преимущественно в сторону управления системой, финансирование которой все еще крайне недостаточно для удовлетворения текущих потребностей.

<sup>10</sup> Советская модель Н.А. Семашко, централизованная, финансируемая из государственного бюджета и регулируемая система, которая обещала гарантии «свободного доступа к медицинской помощи всему населению».

В соответствии с Законом о медицинском страховании застрахованные лица имеют право на «медицинскую помощь в рамках базового пакета медицинских услуг, оплачиваемого из средств бюджета Национального фонда обязательного медицинского страхования». Объем базового пакета льгот определен в постановлениях МЗ, а не НФМС. Пакет льгот включает первичную и специализированную амбулаторную медицинскую (включая стоматологическую) помощь, лекарственное обеспечение, диагностические исследования, стационарное лечение и некоторые виды узкоспециализированной медицинской помощи (напр., затраты на лечение онкологических заболеваний, экстренную медицинскую помощь, психиатрическую помощь, гемодиализ, экстракорпоральное оплодотворение и трансплантацию органов покрываются МЗ). Требования к снижению затрат различны для разных видов услуг, и страховое покрытие услуг фактически ограничивается бюджетом НФМС, который утверждается парламентом на год.

НФМС использует различные способы оплаты услуг в зависимости от вида поставщика. Как правило, больницы получают финансирование от НФМС на основании стоимости услуг в пакете примерно по 300 клиническим направлениям, а также с учетом ежегодных ограничений бюджета. Психиатрическая помощь в настоящее время не входит в пакет льгот НФМС, который покрывает только затраты на антипсихотические препараты длительного действия для амбулаторного лечения в психиатрии, но не стационарное психиатрическое лечение.

Подводя итог, можно сказать, что за последние 20 лет в результате реформы психиатрической помощи амбулаторная служба, вместо выполнения своей естественной функции внебольничной помощи, превратилась

в *de facto* стационарную службу, при этом амбулаторная помощь остается за рамками общей модели финансирования национального медицинского страхования.

## ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

После проведения официальной оценки и в соответствии с рекомендациями Европейской психиатрической ассоциации в 2018 г.<sup>11</sup> указом Совета министров в 2021 г. была принята Национальная стратегия психического здоровья<sup>12</sup>. С целью руководства процессом ее реализации в 2022 г. был создан Национальный совет. Стратегия предусматривает смену главной парадигмы в сторону оказания амбулаторной помощи и поиск необходимых источников финансирования для реализации мультидисциплинарного подхода в ведении психиатрических пациентов<sup>13</sup>.

Основные цели Стратегии кратко изложены ниже<sup>14</sup>:

- снижение заболеваемости и смертности от психических заболеваний путем интеграции психиатрических услуг в структуру общего медицинского обслуживания (деинституционализация);
- создание сети комплексных услуг для людей с тяжелыми психическими заболеваниями в непосредственной близости от места их жительства, центров для лечения расстройств пищевого поведения;
- сокращение употребления алкоголя и наркотических веществ и снижение проявлений агрессии и аутоагрессии;
- развитие детско-юношеской психиатрии, гериатрической психиатрии и судебной психиатрии;
- особое внимание психическому здоровью детей в соответствии с Конвенцией о правах ребенка с целью гарантии отдельной защиты детских прав, включая право на здоровье и доступ к услугам системы здравоохранения и медицинской помощи;

<sup>11</sup> Отчет Европейской психиатрической ассоциации об организации психиатрической помощи в Болгарии и процессе реформ, 2018 г. Доступно по ссылке: <https://www.europsy.net/app/uploads/2019/01/EPA-Bulgaria-Report-2018-Final.pdf>.

<sup>12</sup> [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/11/02/21rh388.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/11/02/21rh388.pdf)

<sup>13</sup> Ведение пациента (кейс-менеджмент) – это координация специалистом или группой специалистов медицинских услуг, предоставляемых по месту жительства, для оказания качественной психиатрической помощи, индивидуализированной в соответствии с неудачным опытом конкретного пациента или постоянно возникающими проблемами, с целью восстановления состояния его психического здоровья. Ведение пациентов направлено на снижение количества госпитализаций и содействие выздоровлению каждого конкретного пациента с помощью подхода, опирающегося на удовлетворение его совокупных биопсихосоциальных потребностей и избегающего при этом непосильных экономических затрат. Как следствие, скоординированная медицинская помощь оказывается традиционными психиатрическими службами, но может включать также первичную медицинскую помощь, размещение в учреждении, транспортировку, трудоустройство, помощь в социальном взаимодействии и участии в общественной жизни. Это связующее звено между пациентом и системой оказания медицинской помощи.

<sup>14</sup> Национальная стратегия психического здоровья граждан Республики Болгария 2021–2030. Доступно по ссылке: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/11/02/21rh388pr1.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/11/02/21rh388pr1.pdf).

- внедрение системы сбора статистической информации по регионам, видам психических заболеваний у детей и возрасту, а также анализ этой информации, в том числе проведение целевых исследований психических заболеваний у детей с разделением по возрасту;
- разработка конкретных мер и стимулов для привлечения и удержания специалистов в детско-юношеской, судебной и гериатрической психиатрии;
- восстановление баланса между отдельными специалистами в области психиатрии, социальными работниками, психологами, медицинскими сестрами и санитарями путем разработки соответствующих стимулов для привлечения специалистов;
- уважение прав человека и борьба со стигматизацией и дискриминацией.

В настоящее время Национальная стратегия находится в процессе реализации и мониторинга.

## Вывод

В заключение можно сказать, что в последние годы болгарская система психиатрической помощи не претерпела значимых изменений, и требуется много работы по ее совершенствованию. Несмотря на социально-экономические трудности в стране, система должна развиваться с целью повышения уровня предоставляемой пациентам помощи. Болгария должна принимать участие в как можно большем количестве международных проектов, направленных на внедрение более совершенных методов лечения пациентов с психическими расстройствами. Более того, государству следует увеличить инвестиции в образование, касающееся психического здоровья, в профилактическую психиатрию, а также в развитие культуры управления и организации в сфере здравоохранения. С помощью образования и информирования необходимо поощрять болгарское общество в активном противодействии стигматизации психических заболеваний.

## История публикации

**Статья поступила:** 11.05.2023

**Статья принята:** 09.06.2023

**Публикация:** 23.06.2023

**Вклад авторов:** Оба автора внесли существенный вклад в исследование и статью, а также прочитали и одобрили окончательный вариант перед публикацией.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Цитировать:

Стоянов Д., Након В. Организация психиатрической помощи в Болгарии: социалистическое наследие и дальнейшие перспективы // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №2. CP8631. doi: 10.17816/CP8631

## Сведения об авторах:

**\*Дроздстой Стоянов**, MD, PhD, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, Пловдивский медицинский университет; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9975-3680>  
E-mail: [stojanovpisevski@gmail.com](mailto:stojanovpisevski@gmail.com)

**Владимир Након**, MD, PhD, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психического здоровья, отдел психического здоровья и профилактики зависимостей, Национальный центр общественного здоровья и анализа.

\*автор, ответственный за переписку.

## Список литературы

1. Dimitrova I, Nakov V. Psychiatric dispensarization in Socialist Bulgaria and its problematic legacy (Part One). Bulgarian Journal of Public Health. 2022;14(1):68-77.
2. Beezhold J, Stoyanov D, Nakov V, Killaspy H, Gaebel W, Zarkov Z, Hinkov H, Galderisi S. Transitions in mental health care: the European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. European Psychiatry. 2020;63(1):1-13. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.43.
3. Milev V. Concept for the development of outpatient psychiatric care in Bulgaria. Bulletin of the Scientific Institute of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. 1972;2:10-15. Russian.
4. Kolarov P. Issues of the socialist reconstruction of public healthcare. Sofia: Nauka i izkustvo; 1951. Bulgarian.
5. Temkov I. Social aspects of outpatient treatment of mental illness. Ed. Ivanov V. Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura; 1989. p. 175-183. Bulgarian.
6. Zhablenski A. Dispensarization of the mentally ill. Ed. Ivanov V. Social psychiatry. Sofia: Meditsina i fizkultura; 1989. p. 165-174. Bulgarian.
7. Hinkov H. Mental health legislation in Bulgaria — a brief overview. BJPsych International. 2016;13(4):92-93. doi: 10.1192/s2056474000001422.
8. Dimitrova I, Nakov V. Psychiatric dispensarization in Socialist Bulgaria and its problematic legacy (Part Two). Bulgarian Journal of Public Health. 2022;14(2):12-22.
9. Zarkov Z, Okoliyski M, Broshchilov A, Hinkov H, Nakov V, Dinolova R, Dimitrov P. Twelve-month consumption of mental health services in Bulgaria. Social Medicine. 2011;1:9-14.
10. Zarkov Z, Okoliyski M, Dinolova R, Nakov V, Shumkov N, Chipova S, Hunkov H. SELF-Assessment of the general physical and mental health of the citizens of the republic of Bulgaria: data

from the second national representative epidemiological study of common mental disorders in Bulgaria — EPIBUL 2. *Bulgarian Journal of Public Health*. 2018;10(1):5-16.

11. Stoyanov D, editor. *New model of burn out syndrome: towards early diagnosis and prevention*. CRC Press; c2022.
12. Cloninger C R, Stoyanov D, Stoyanova KK, Stutzman KK.

*Empowerment of health professionals: promoting well-being and overcoming burn-out*. Cham: Springer International Publishing; c2023. p. 703-723. (Person Centered Medicine)

13. Hinkov H. Mental health legislation in Bulgaria — a brief overview. *BJPsych International*. 2016;13(4):92-93. doi: 10.1192/s2056474000001422.
-