



Барометър на депресията: България

Този доклад се основава на ръководство за потребителя и темплейт изготвен от The Health Policy Partnership част от Words to Actions initiative. Картата с показатели за депресия и шаблонът са инициирани и финансирани от Janssen Pharmaceutica NV. В изготвянето на първоначалната карта с показатели за депресията не участват експерти, различна от експертите на The Health Policy Partnership. Този доклад е създаден за България от PR Care с финансиране от Janssen Pharmaceutica NV

Относно картата с показатели за депресията „Барометър на депресията“

Картата с показатели за депресия е инструмент, изготвен за да демонстрира ефективността на политиката на национално ниво в оказването на помощ и грижи за хора с депресия. Картата на показателите беше разработена на база на научните публикации по темата и на консултации с експертна група.

Идеята за Картата на показатели за депресия възникна от дискусии между Национална политика за здраве и Janssen Pharmaceutica NV, като част от инициативата „От гуми към дела“. Повече информация за инициативата „От гуми към дела“ може да намерите тук: <http://wordstoaction.eu/about/>

Автори

Изследването и изготвянето на този доклад за оценка на депресията са ръководени от:

- Елена Цонева - Папугжиева, PR Care
- Росяна Сотирова - Христова, PR Care

Изказваме благодарности на следните национални експерти, които предоставиха ценна информация за ситуацията в България:

- Проф. д-р Вихра Миланова, гмн, Началник на Клиниката по психиатрия в УМБАЛ „Александровска“
- Д-р Цветеслава Гълъбова, директор на държавната психиатрична болница „Свети Иван Рилски“

Рамката на картата на показатели за депресия е разработена и прилагана първоначално от партньорство за здравна политика, в сътрудничество с експерти от четири държави: Белгия, Франция, Италия и Румъния, като резултатите са обобщени в отделни доклади. Констатациите на национално ниво се основават на международен преглед на научните публикации и интервюта с водещи национални експерти в областта на депресията.

Рамката на картата на показателите е публично достъпна за целите на застъпничество, което да се използва в конкретните страни съответствие с образеца и инструкциите, предоставени в придружаващото ръководство за потребителя.

- Доц. Михаил Околийски, експерт от офиса на Световната здравна организация в България
- Доц. Владимир Наков, началник отдел „Психично здраве“ в Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА)
- Захари Зарков, директор на дирекция „Психично здраве и превенция на зависимостите“ в Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА)
- Д-р Мария Петрова Димитрова, адвокат по медицинско право

Janssen Pharmaceutica NV и Партньорство за Национална политика не са участвали в изготвянето на настоящия доклад за оценка на депресията и не носят отговорност за неговото съдържание.

Отказ от отговорност за финансиране

Както беше споменато по-горе, настоящият доклад се основава на ръководство и шаблон, които са предоставени от Партньорството за здравна политика, част от инициативата „От гуми към дела“. Ръководството и шаблонът са инициирани и финансирани от Janssen Pharmaceutica NV.

Експертите от Белгия, Франция, Италия и Румъния, които не са от екипа на Политика за здравни инициативи, участвали при разработването на първоначалната система за оценка на депресията, не са получили заплащане за работата си.

Съдържание

Депресията, защо е значим проблем?	4
Каква е ситуацията в България?	5
Относно картата с показатели за депресията	6
Обобщена карта на показателите за България	8
Приобщени и всеобхватни услуги за депресия	10
Данни за подобряване на грижата при депресия	13
Социално включване и овластяване на хора с депресия	16
Използване на технология за подобряване на достъпа до грижи	18
Заклучения и препоръки	20
Референции	22

Депресията, защо е значим проблем?

Депресията е често срещано заболяване, което силно повлиява психо-социалното функциониране и влошава качеството на живот. През 2008 г. СЗО постави депресията като третата причина за загуба на трудоспособност в света и прогнозите тогава бяха, че тя ще достигне първо място до 2030 г. На практика откриването, диагностицирането и лечението на депресията често представлява предизвикателство за клиницистите поради различните си прояви, понякога непредсказуем ход, трудна прогноза и променлив отговор на лечението. Въпреки това терапевтичните възможности са големи и позволяват пълно възстановяване при подходящо лечение.

0.1%

от БВП разходи за психично здраве в България (преки и косвени) – няма данни

6.2%

от хората в България [на възраст над 15 г.] живеят с депресия.¹

9 на 100,000

на 100,000 жители в България, 800 на година, починали от самоубийство или самонараняване. В голяма степен оценките показват, че депресията може да е допринесла за до 60% от тези смъртни случаи up to 60% of these deaths.²



Депресията несъмнено е често заболяване в съвременния свят и понякога протича изключително тежко. Това е психиатрично заболяване, повлияващо негативно действията, мислите и емоциите на пациентите. Засяга два пъти по-често женския пол.

Честотата на депресията (12-месечната болестност) варира в различните страни, но като средна стойност е около 6%. Пожизненият риск от развитието на депресивно разстройство е три пъти по-висок (15-18%), което означава, че всеки пети човек през живота си преживява депресивен епизод.

Заболяването води до проблеми от различно естество – социални, психологични, биологични. Това е основното заболяване, водещо до инвалидност и основна причина за смърт във възрастовата група 18-44 години.

Заболяването може да се прояви както от средата на юношеството, така и в средата на 40-те години. Най-често първият епизод на депресия възниква преди достигане на 20-годишна възраст (в около 40% от случаите), като медианата е 25 години (18-43).

2.5%

от разходите за здравеопазване в България, отделени за психично здраве през 2019 г.

X милиарда Евро

за психично здраве (преки и косвени разходи) годишно в България – няма данни

7.7

психиатри на 100,000 жители в България

Каква е ситуацията в България?

Здравната реформа в България през 2000 г. постави началото на нови взаимоотношения в системата и въведе пазарни елементи в обслужването на пациентите, макар до голяма степен опосредствани през новата здравно-осигурителна институция. В психиатрията от новите условия се възползваха предимно работещите в извънболничната помощ, където процесите на пазарно предлагане на услуги и децентрализация протечеха както при повечето други медицински специалности. Психиатрията в своята болнична част обаче остана извън тези процеси и така до голяма степен запази своя институционален характер. Липсата на финансиране и управленска воля за осъществяване на формулираните в редица стратегически документи цели доведе до дълбоки изкривявания и диспропорции в предлаганите психично-здравни услуги. В резултат на всичко това принципите на приемственост на грижата, комплексност в обслужването и поддържащата терапия бяха нарушени.

Парадоксът в развитието на психиатричната система у нас е в това, че по време на тоталитарната система на здравеопазване някаква форма на био-психо-социален подход е намерила изражение в изградените комплекси от болница-диспансер и развита трудотерапия – т. нар. трудоволечебни стопанства (ТЛС), макар силно подвластна на принципите на изолационизъм и стигматизация на хората с психични разстройства. През 90-те години на миналия век тези комплекси бяха разграбени и до голяма степен разграбени (особено ТЛС) поради липса на ясна концепция за реформа и съпротива срещу промените от страна на различни заинтересовани групи. В резултат от всичко това в момента психичноздравните услуги са хаотични, с лошо качество, неефективни и неотговарящи на изискванията за модерна психиатрична помощ. Единичните примери за добра практика на отделни структури с развита рехабилитационна и трудова терапевтична база не дават гаранция за устойчивост, а са по-скоро резултат от индивидуални усилия и благоприятни местни условия.

Новите технологии за лечение на психичните разстройства в много по-голяма степен надхвърлят рамките на чистата медицинска интервенция, която в психиатрията основно се изчерпва с лекарствена терапия и някои немедикаментозни методи – транскраниална магнитна електростимулация и електроконвулсивна терапия. Те предполагат координирани действия на различни по своята компетентност и организация групи от специалисти – лекари, сестри, психолози, социални работници, както и въвеждане на нови глъжкности и дори професии като напр. водещ на случая и пр. Липсата на цялостна концепция за реформа води и до некоординирани действия в сектори, които по дефиниция трябва да си сътрудничат в една област. За да се постигне това, е необходима промяна в нормативната база, осигурено финансиране и обучение. До този момент все още липсва ясна политическа воля за промяна, независимо от поредицата изработени и приети стратегически документи, програми и планове за действие.

Населението на България е около 6.5 милиона, а броят на психиатрите е около 500, твърде неравномерно разпределени, концентрирани предимно около градовете с медицински университети (София, Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора).

Неравномерно са представени психиатрите по пол. Броят на сключилите договор психиатри с НЗОК е около 400, като 25% от тях са на територията на София.³ В същото време за периода 02.2018 - 05.2021 г. броят на сключилите договор психиатри с НЗОК е намалял с близо 10%.⁴



Относно картата с показатели за депресията „Барометър на депресията“

Настоящата карта за оценка на показателите е разработена, за да привлече вниманието на тези, които определят политиките в здравеопазването, особено в управлението на депресията в България. Надяваме се, че този документ може да подтикне политиците да работят в тясно сътрудничество с всички заинтересовани страни, за да обърнат

внимание на депресията в България чрез цялостен и превантивен подход за справяне с болестта в цялата ѝ сложност.

Акцентът е върху четири ключови области, определени като приоритети за въздействие:

1

Всеобхватни и обобщени услуги при депресия

Интегрирани грижи – ориентирана към пациента система, която подкрепя лицето с депресия през целия му живот, с приемственост в цялата здравна система – от съществено значение за предоставяне на адекватна подкрепа и лечение. Интегрирането на услугите за психично здраве в по-широки здравни и социални услуги е полезно, може да увеличи степента на лечение, да подобри всеобхватността на грижите и да намали общите разходи.^a

2

Данни за подобряване лечението на депресия

Събирането и анализирането на надеждни данни за депресията е от съществено значение, за да се гарантира, че правилните услуги са достъпни за всеки, който се нуждае от тях. Мониторингът на резултатите от лечението на пациентите помага да се определят и оповестят добрите практики, което може да даде надежда на потребителите на психичноздравни услуги и да подобри тяхното психично здраве. Данните за услугите могат да помогнат на клиницистите, на хората, определящи политиките и на хората с депресия да разберат по-добре какви възможности за лечение са налични и достъпни. По-голямата прозрачност на данните също ще улеснят споделеното обучение във всички области на грижата за хората с депресия. Новите дигитални инструменти имат потенциал да улеснят документирането, да осигурят прозрачност и да служат за изследователски цели, като заедно с това се запазва анонимността на потребителя.^a

3

Ангажиране и социално включване на хора с депресия

От съществено значение е хората с депресия, техните семейства, приятели и тези, които полагат грижи за хората с депресия, да бъдат овластени и активни в плановете за лечение на депресия на всички етапи. Овластяването включва възможност да се събира информация за депресията, човекът да контролира собствения си живот, както и да действа според това, което намира за важно, което от своя страна ще му позволи оптимално да управлява депресията си.^b Партньорската подкрепа, при която човек, изпитвал депресия, предлага съпричастност и надежда на другите в същата позиция, може да подпомогне както хората с депресия, така и техните партньори и поддръжници във възстановяването.^c Социалните системи, пациентските организации и други граждански сдружения, които са с достъп до общности и имат недостатъчно финансиране, са от решаващо значение да се гарантира, че услугите в областта на психичното здраве достигат до всички, включително и до „излезлите от системата“.^a

4

Използване на технологии за подобряване достъпа до грижи

Дигитални платформи като тези, които предоставят сесии за дистанционна терапия и онлайн заявки за електронни рецепти, както и друг софтуер, насочен да обслужва хората с депресия, приложения за смартфони и виртуални платформи, могат да позволят подобър достъп до консултации и лечение, като заедно с това ще бъдат в подкрепа на хората с депресия за да поемат повече контрол върху състоянието си. Виртуалните платформи не могат да заменят персоналната терапия, но биха могли да бъдат гъвкава възможност за подкрепа на хора с депресия между редовно планираните прегледи. Здравните и социални услуги могат също да ползват цифрови инструменти, за да улеснят събирането на данни и да следят ефективността на грижите.^{d,e} Освен това, на хората с депресия ще е полезно да използват цифрови инструменти за общуване, за да намалят чувството за изолация.^f



Обобщена карта на показателите за България

Не

Донякъде

Да

Всеобхватни и обобщени услуги за депресия

Включена ли е депресията в националния здравен план или в конкретен план за психично здраве?



Има ли правителствено ръководство по отношение на психичното здраве, с междуведомствена отговорност за подкрепа на подхода „психично здраве във всички планове“?



Подкрепя ли се и стимулира ли се/насърчава/улеснява ли се сътрудничеството между услугите за първична медицинска помощ и психично здраве?



Има ли насоки за лечение на депресия, разработени съвместно от първичната медицинска помощ и психиатрията?



Има ли набор от терапевтични възможности, реимбурсирани и достъпни за хора с депресия, като психотерапия, консултиране и когнитивно-поведенческа терапия?



Предлагат ли се услуги за депресия и пригодени ли са те за рисковите групи?

- Младежи
- Пенсионери
- Работещи
- Бездомни



Данни за подобряване на лечението на депресия

Систематично ли се събират данни за хора с депресия от здравната система?



Използват ли се данни за психичното здраве при планиране?



Систематично ли се отразяват докладваните от пациентите резултати от лечението?



Ангажиране и социално включване на хора с депресия

Признават ли се в насоките или в начините за лечение на депресия важността на овластяването на пациентите?



Дали насоките за лечение на депресия признават ролята на семействата и лицата, които се грижат за тях, при вземането на решения за планиране и предоставяне на грижи?



Представители на пациентите и лицата, които се грижат за тях, участват ли в разработването на най-новия национален план или стратегия, обхващаща депресията?



Има ли полагащите грижи достъп до финансова помощ, която да им помогне да подкрепят своите близки с депресия?



Препоръчва ли се партньорска подкрепа в насоките за лечение на депресия?



Финансирана ли е партньорската подкрепа?



Има ли национални сдружения, които се застъпват за правата на:

- Хората, живеещи с депресия?
- Полагащите грижи за хора с депресия?



Използване на технология за подобряване на достъпа до грижи

Могат ли пациентите да имат достъп до подкрепа за депресия от разстояние (чрез телефон или интернет) в допълнение към услугите, предоставяни лице в лице?



Препоръчват ли професионалните общности използване на дистанционни услуги заедно с услугите лице в лице?



Възстановяват ли се средствата за дистанционната подкрепа за депресия?



Могат ли хората с депресия да използват телефонни или онлайн платформи, които позволяват да подновяват рецептите си от дома?



Приобщени и всеобхватни услуги за депресия

С общото съгласие между Министерството на здравеопазването, Българската психиатрична асоциация, лекарски, сестрински и други специалисти в сферата на здравеопазването, 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.⁵

Малък брой лекари-психиатри са изцяло на частна практика /около 1% от всички психиатри в България/. На практика това са всички лекари-психиатри, които предоставят амбулаторни услуги /около 400 психиатри/. Почти всички работят и в стационарни психиатрични служби. Всички психологически услуги са изцяло частни. Всеки, който има нужда от психологическа помощ, е принуден да я заплаща. Цената на подобна услуга варира от 15 до 60 Евро на посещение. Минималната работна заплата в България е 305 Евро. За съжаление, Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика не взаимодействат гостатъчно пълноценно.

Професионалистите показват ниска осведоменост за текущи проекти в областта на управлението на депресията. Иновативните методи за лечение на психични разстройства далеч надхвърлят чистата медицинска интервенция, която в психиатрията до голяма степен се ограничава до медикаментозна терапия и някои немедикаментозни методи – транскраниална магнитна стимулация и електроконвулсивна терапия. Те включват координирани действия от различни групи професионалисти – лекари, медицински сестри, психолози, социални работници, както и въвеждане на нови работни места и дори професии, като „мениджър на случаи на психично здраве“ и др. Липсата на цялостна концепция за реформа също води до некоординирани действия в сектора, които по дефиниция трябва да си сътрудничат. За да се постигне това, има нужда от промяна в правната рамка, за осигуряване на финансиране и обучение. Засега България все още няма ясна политическа воля за промяна, въпреки редица стратегически документи, програми и планове за действие. Нито един от тези документи не се фокусира върху депресията. Всички те са политически и се отнасят за всички психични заболявания.⁶

Един от големите проблеми на психиатричното обслужване понастоящем е фрагментарният характер и липсата на приемственост както на грижите и терапията, така и на информацията за даден пациент. След изписването от психиатричния стационар пациентът не може регламентирано да се насочи за проследяване, поддържаща терапия и каквито и да било психосоциални интервенции, които да го върнат и включат обратно в общността. Тези дейности се поемат хаотично в зависимост от състоянието, от това дали този пациент е обхванат от съответна извънболнична служба или има инициатива на близките.

За да ползва услугите на НЗОК, пациентът трябва да посети личен лекар, да получи направление за специалист, да посети специалиста, след което да завери получения протокол за медикаменти, а ако той е за скъпоструващи лекарства, да премине и през специална комисия, след което да се върне при личния лекар за изписване и тогава да посети аптека, за да получи лекарствата. Изцяло се реимбурсират медикаментите за шизофрения и БАР, но не повече от 3 вида медикаменти за пациент. Частично се реимбурсират антидепресантите (в много малък процент се доплаща цената, въпреки че себестойността им е ниска), но с показание единствено за рецидивиращо депресивно разстройство.⁷

Европейската психиатрична асоциация (ЕРА) беше поканена през 2018 г. в България, за да изпрати официален екип, който да посети и прегледа службите за психично здраве в България и да консултира Министерството на здравеопазването относно техните препоръки за необходимата промяна. Целта на това посещение беше да предостави препоръки, които ще позволят извършването на така необходимите реформи в услугите за психично здраве и да спомогнат за постигане на повече консенсус относно необходимите реформи.

България прие документ, който е ключов за развитието на психиатричната помощ през следващите десет години: Националната стратегия за психично здраве за гражданите на България.⁸ Централен приоритет и същевременно механизъм за прилагане на Стратегията е интегрирането на междусекторните политики.⁹

Планове и мерки на Националната стратегия за психично здраве:

- Оценка на потребностите на населението от психично-здравни услуги и тяхното предоставяне на териториално ниво.
- Пребазиране на част от ДПБ в съответствие с направената оценка на нуждите.
- Спазване на човешките права и борба със стигмата и дискриминацията. Интегриране на психиатричните услуги в общото медицинско обслужване (геоинституционализация).
- Създаване на мрежа от услуги за комплексно обслужване на хората с тежка психична болест, в близост до местоживеенето.
- Развиване на детско-юношеската психиатрия, психиатрията в напреднала възраст и психиатрия на зависимостите. Разкриване на клиника за лечение на разстройства, свързани с начините на хранене.
- Разработване на програми за превенция и ранни интервенции при прогнати на психоза, употреба на алкохол и наркотични вещества, водене на случай и осигуряване на психосоциални интервенции в общността.
- Разкриване на психиатрични отделения към лечебните заведения за болнична помощ и на центрове за психично здраве съобразно оценка на регионалните нужди.
- Съществуващата мрежа от държавни психиатрични болници трябва да се оптимизира и постепенно да се намали легловата си база, за да се осигури дългосрочно специализирано лечение на пациенти с тежки психични заболявания. Тя трябва да бъде насочена към стабилизиране на състоянието на болните и продължаване на грижите в общността, без това да е свързано с предоставяне на резидентни грижи и институционализиране на болните.¹⁰

Сложният път на пациента

Един от големите проблеми на психиатричното обслужване понастоящем е фрагментарният характер и липсата на приемственост както на грижите и терапията, така и на информацията за даден пациент. След изписването от психиатричния стационар пациентът не може регламентирано да се насочи за проследяване, поддържаща терапия и каквито и да било психосоциални интервенции, които да го върнат и включат обратно в общността. Тези дейности се поемат хаотично в зависимост от състоянието, от това дали този пациент е обхванат от съответна извънболнична служба или има инициатива на близките.

За да ползва услугите на НЗОК, пациентът трябва да посети личен лекар, да получи направление за специалист, да посети специалиста, след което да завери получения протокол за медикаменти, а ако той е за скъпоструващи лекарства, да премине и през специална комисия, след което да се върне при личния лекар за изписване и тогава да посети аптека, за да получи лекарствата.

Изцяло се реимбурсират медикаментите за шизофрения и БАР, но не повече от 3 вида медикаменти за пациент. Частично се реимбурсират антидепресантите (в много малък процент се доплаща цената, въпреки че себестойността им е ниска), но с показание единствено за рецидивиращо депресивно разстройство.

От договори с НЗОК финансирането е основно при амбулаторната психиатрична помощ – самостоятелни кабинети или разкрити кабинети към други лечебни структури. Приходите в някои лечебни заведения за стационарна помощ са от НЗОК за осъществявана диспансерна дейност.

Няма данни за плащанията от гъоба на потребителите на психичноздравни услуги, но може да се предположи, че те са в значителен размер, като се имат предвид две обстоятелства. Първо, най-много през тези кабинети преминават лица с т. нар. чести психични разстройства, чието разпространение е около 19.5% от всички заболявания, и второ, лицата с тежки психични разстройства в преобладаващото си мнозинство са неплатежоспособни и не стигат до психиатричните кабинети, които нямат договор с НЗОК.¹¹



Данни за подобряване на грижата при депресия

По данни на последното национално представително епидемиологично проучване (2017 г.)¹² пожизнената болестност от чести психични разстройства в България е 14,54%. Тези данни показват връзката между нивата на стреса и разпространението на тази група психични разстройства в България.

Пожизнената болестност от чести психични разстройства е следната:

- Тревожни разстройства – 8,4%
- Разстройства на настроението – 4,5%
- Злоупотреба и зависимост от алкохол и наркотици – 4,76% (като дялът на злоупотребата и зависимостта към алкохол е 4,4%)¹³

Голямо депресивно разстройство и статистиката в България

За България пожизнената болестност от афективни разстройства за двата пола е 6.2%, а 12-месечната 2.8%.

Заболяването води до проблеми от различно естество – социални, психологични, биологични. Това е основното заболяване, водещо до трайно увреждане и основна причина за смърт във възрастовата група 18-44 години.

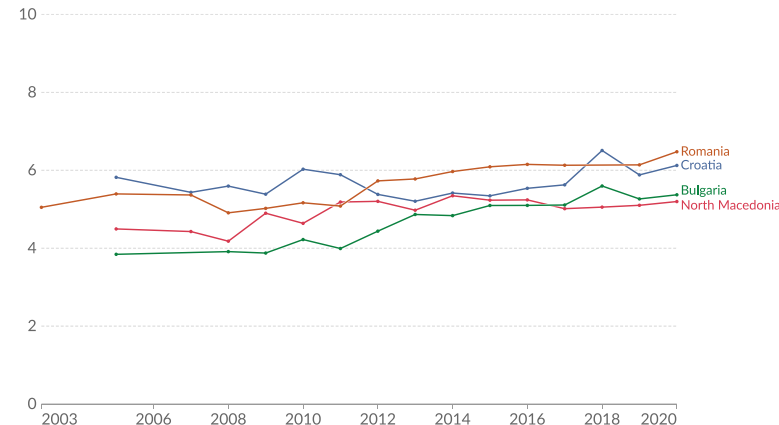
Относителният дял на пациентите в България с депресия, хоспитализирани в психиатрични заведения е около 15% от всички хоспитализирани пациенти.¹⁴ Смъртните случаи от самоубийство достигат 1,5%, докато самоубийството е 10-та водеща причина за смърт в страната.¹⁵



- Болестност от депресия и удовлетвореност от живота:

Self-reported life satisfaction, 2003 to 2020

"Please imagine a ladder, with steps numbered from 0 at the bottom to 10 at the top. The top of the ladder represents the best possible life for you and the bottom of the ladder represents the worst possible life for you. On which step of the ladder would you say you personally feel you stand at this time?"

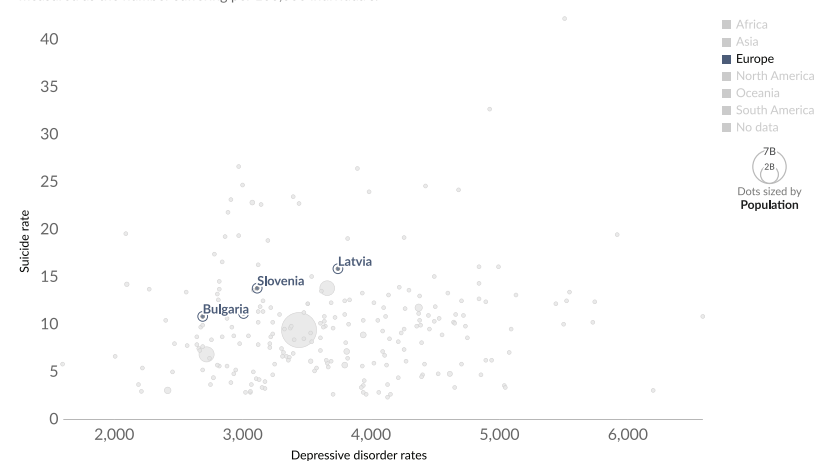


Source: World Happiness Report (2022) OurWorldInData.org/happiness-and-life-satisfaction/ • CC BY
Note: The value shown in a given year is the average of that year, the previous year and the following year.

- Ниво на самоубийства и болестност от депресия: ¹⁶

Suicide rates vs. prevalence of depression, 2019

Age-standardized suicide death rates per 100,000 individuals versus the prevalence of depressive disorders, measured as the number suffering per 100,000 individuals.



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY

Държавни психиатрични болници

В момента има 12 държавни психиатрични болници ¹⁷ 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.

Детските психиатри в България са 22. Стационарните психиатрични отделения за детска психиатрия са две. В ЦПЗ Русе и ЦПЗ „Проф. Н. Шипковенски“ е възможна консултативната на деца без леглови престой.

Броят на психиатрите е около 500, твърде неравномерно разпределени, концентрирани предимно около градовете с медицински университети, приблизително 1 психиатър на 15 хил. души население. От тях близо 80% работят в психиатрични стационари, а 20% в амбулаторни служби. Броят на детските психиатри с призната специалност по детска психиатрия в страната е само 22 при крайно неравномерно териториално разпределение. Броят на сключилите договор с НЗОК е около 400, като 25% от тях са на територията на София (данни НЗОК, 2018 г). Тези показатели поставят България на последно място в Европа.

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.“

Съществува неравномерно териториално разположение на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ и на болничните легла по нива на компетентност. Оказване на стационарна психиатрична помощ в държавните психиатрични болници включва предимно болнични легла от най-ниското първо ниво на компетентност, което предполага извършването на диагностика и лечение на пациентите при условията на минимално изискване за качеството на медицинските услуги. За административните области, които нямат центрове за психично здраве, от Министерство на здравеопазването не са издигнати ясни и точни указания кое лечебно заведение да изпълнява законово възложените дейности на център за психично здраве за създаване и поддържане на регионална информационна система на лица с психични разстройства, за промоция, превенция и подобряване психичното здраве на населението, както и за информиране на обществеността по проблемите на психичното здраве.

Инвестициите в лечение на депресия се увеличават

Размерът на публичните средства, планирани за психично здраве, е значителен и се увеличава от 53 380 хил. лв. през 2017 г. на 65 932 хил. лв. през 2019 г.¹⁸

До 2020 г. цената на леглоден в държавните психиатрични болници е до 5 пъти по-ниска от цената на легло в други болници.¹⁹

Финансирането на психиатричните болници е на четири реда: от държавния бюджет, от договори с НЗОК, от общините и от частни плащания. Финансирането от държавния бюджет се извършва по критерии и ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването (Наредба № 3 от 5 април 2019 г. за медицински дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира медицински институции и реда за субсидиране на лечебните заведения), което включва стационарно лечение на пациенти с психични заболявания, лечение със заместващи и поддържащи програми с метагон и ежедневни психорехабилитационни програми. създава противопоставяне и напрежение между различните видове лечебни заведения и рефлектира върху качеството на медицинските услуги.

С Наредба № 3/2019 г. се предоставят субсидии на ЦЗП, клиники и отделения към многопрофилни болници с 1-во, 2-ро или 3-то ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Психиатрия“. От договори с НЗОК финансирането е основно за извънболнична психиатрична помощ - отделни кабинети или отворени за други медицински структури. Приходите в някои лечебни заведения за болнична помощ са от НЗОК за диспансерна дейност. Няма данни за плащания от гжоба за ползватели на психично-здравни услуги, но може да се предположи, че те са значителни, като се има предвид, че повечето от тези кабинети са хора с т.нар. чести психични разстройства, чието разпространение е около 17,5% от всички болести.

Освен това по-голямата част от хората с тежки психични разстройства са неплатежоспособни и не достигат до психиатрични кабинети, които нямат договор с НЗОК. Като цяло разходите за стационарна психиатрична помощ се оценяват на около 100 млн. лв. или около 2,5% от общия бюджет за здравеопазване в страната.

В България се събират данни от различни институции - Националният статистически институт, Националният център по обществено здраве и анализи, НЗОК, Министерство на здравеопазването. Тази информация се събира под различни форми и с различни въпросници. Също така няма конкретни цели за събиране на тази информация. Това създава предпоставки за несъответствия в данните и нарушава възможностите за планиране.²⁰

Социално включване и овластяване на хора с депресия

Професионалистите са единодушни, че болногледачите, полагащите грижа за близък и особено самите пациенти не са достатъчно ангажирани във вземането на решения. Пациентите и лицата, които се грижат за тях, трябва да бъдат активно ангажирани чрез различни форми както на местно, така и на централно ниво, за да могат активно да влияят върху политиките, работата на специалистите по психично здраве, възстановяването на лекарства и услуги и, разбира се, качеството на грижа.

Един от големите проблеми в България е традиционният медицински модел. Пациентите не са овластени и не се насърчават да участват активно в процеса на лечение.²¹ Професионалистите са категорични, че такава подкрепа липсва, тъй като не са разработени правила и механизми за устойчивостяване и заплащане на подобни услуги.

Психичните заболявания традиционно се свързват с провала на приемането от обществото, страха и стигмата. Стигматизацията на лицата с психични проблеми представлява сериозен проблем, чиито последици са многобройни и се проявяват както в преживяване на собствено заболяване, така и в намалена мотивация за търсене на професионална помощ. Стигмата, дължаща се на психични заболявания, е толкова силна, че създава стена от мълчание по отношение на този проблем, влошава основното заболяване и го прави още по-непоносимо и трудно. Кампаниите срещу стигмата са изолирани, спорадични и неправителствени. Добри примери са кампаниите за превенция на самоубийствата и борба с депресията на PR Care.²²

С проблемите на психично болните хора са ангажирани граждански организации, учредени и регистрирани по Закона за юридическите лица с нестопанска цел, които защитават правата и интересите на групите, които представляват. Целта им е да осигуряват необходимата подкрепа на хора с психични проблеми и на техните близки да се справят по-добре. Организациите защитават правата на тези хора, като изискват от държавата да променя системите по адекватен начин и да гарантира, че правата и интересите им ще бъдат зачитани.

- Българска асоциация за лица с интелектуални затруднения (БАЛИЗ) е национална мрежа от родителски организации, която работи за достойния и независим живот на лицата с интелектуални затруднения и техните семейства. Асоциацията се застъпва за провеждане на национална и местна политика, която зачита правата на лицата с интелектуални затруднения и спомага за изграждане на необходимата им подкрепяща среда и пълна интеграция в обществото.
- Глобална инициатива в психиатрията (ГИП) е организация, която се бори срещу стигмата и дискриминацията на психично болните и работи в подкрепа на психично-здравната реформа, правата на психично болните; повишаване стандарта на психично-здравните грижи чрез развитие на алтернативни служби в общността; подпомагане на партньорството между организации и лица, работещи в областта на психичното здраве. Организацията поддържа комплекс от психично-здравни услуги в общността, който включва дневен център, защитено жилище и информационен център за хора с тежки психични разстройства.
- Българска психиатрична асоциация (БПА) обединява лекари по психиатрия и други професионалисти по психично здраве и невронауки, които упражняват лечебна, изследователска, преподавателска и друга професионална дейност в тези области. Целта на Асоциацията е да съдейства за свободно и достойно упражняване на професиите, както и да спомага за подобряване на психичното здраве на нацията.

Един от основните проблеми у нас е, че липсват институции, които да проследяват състоянието на болните след изписването им от лечебно заведение, липсва системата от грижи, която да облекчи семействата на болните в грижата за тези пациенти. Истината е че психичната болест е действително много тежка.



Използване на технологии за подобряване на достъпа до грижите за пациента

Участниците в настоящия Барометър на депресията подчертаха ниското ниво на запознаване с цифровите технологии и идеята как тези технологии могат да бъдат приложени в областта на психичното здраве.

Отново почти липсват познания за текущи проекти и инициативи в областта на дигиталните технологии.

Няма идея за реимбурсиране на този вид услуга. В България електронната рецепта беше официално въведена в средата на 2021 г. Въпреки това, няма ясна регулация за използването му. Прави се предложение за подобряване на пропуските и подобряване чрез създаване на регулации, които да позволяват остойностяването и заплащането на този вид услуги. През първите 10 месеца на 2021 г. психиатричните посещения са с около 23 000 повече, отколкото през 2019 г. За същия период на 2020 г. са проведени около 15 000 прегледа по-малко, отколкото през същите девет месеца на 2019 г. За 2020 г. (по време на пандемията от COVID-19), това може да се обясни с рестриктивните мерки,

въведени в началото на пандемията, с грастичното намаляване на търсенето на психиатрична помощ поради страха на хората и/или отлагането на „плановите“ посещения. Освен това е възможно и това да е резултат от ограничаването на амбулаторната работа от психиатри. За увеличения брой сесии през 2021 г. хипотезата е, че страхът и тревогата от пандемията нарастват, а търсенето на помощ от психиатър расте. От началото на 2021 г. до края на октомври 2021 г. психиатричните консултации са почти толкова, колкото през цялата 2019 г.²³

Експертите в България съобщават, че дигитални платформи съществуват, но те са частни инициативи, проекти на НПО-та в сферата на психичното здраве, а не държавна политика.²⁴ Пример за това е първият създаден Вайбър чат бот за психично здраве, съдържащ изчерпателна информация за психичните заболявания, геолокация за определяне на психолози и спешни центрове, както и интерактивни тестове и въпросници. В момента има над 25 000 потребителя.



Заключения и препоръки

Стратегията за психично здраве е ключова за бъдещето на психиатричната мрежа в България и за развитието на грижите за хората с депресия. Основните приоритети на Стратегията са:

- Да се приложи планът за действие за промяна и реформа на услугите за психично здраве по такъв начин, че да може да се предоставя стъпка по стъпка въз основа на клиничните приоритети и наличните ресурси.
- Да се подобри образованието и обучението в основана на доказателства, психотерапия и психосоциални интервенции, включително в областта на правата на човека.
- Да се направи план за изпълнение и да се координира реалистичен спектър от услуги, отговарящи на нуждите на населението.

Има много предизвикателства пред стратегията като:

- Малък брой клинични психолози.
- Липса на регистър на психолозите.
- Липса на закон за психотерапията.
- Професията психолог не е ясно дефинирана

Понастоящем психотерапията може да се практикува само в психиатрични заведения /Това означава, че практиката на частно обслужване е полунезаконна/.

Приоритетни препоръки

Обединени и всеобхватни услуги за депресия:

- Изпълнение на Стратегията за психично здраве
- Продължаващо обучение на специалисти в първичната здравна помощ
- Финансиране на алтернативни методи на лечение – хардуерна и основана на доказателства психотерапия

Данни за подобряване на лечението на депресия

В България се събират много данни от различни институции – Националният статистически институт, Национален център по общественото здраве и анализи, НЗОК, Министерство на здравеопазването. Тази информация се събира под различни форми и с различни въпросници. Също така няма конкретни цели за събиране на тази информация. Това създава предпоставки за несъответствия в данните и нарушава възможностите за планиране.²⁵

- Финансиране на събирането на данни за депресията
- Изготвяне на нормативни документи въз основа на доказателства
- Създаване на единна информационна система

Ангажиране и овластяване на хора с депресия:

В България още през 1944-1989 г. се създават пациентски организации, но те винаги са били „инфилтрирани“ от професионалисти, които „насочват“ пациентите в „правилната“ посока. След промените през 1989 г. се създават различни пациентски организации, но поради липса на гържавна политика за осигуряване на устойчивост те постепенно прекратяват дейността си.²³

- Създаване на устойчива организация на пациенти с психични разстройства, финансирана и подпомагана от гържавата
- Ангажиране на „опитни експерти“ в лечението на депресия
- Създаване на условия за подкрепа на близки и роднини на пациентите с депресия, грижи за пациенти с депресия

Използване на технологиите за подобряване на достъпа до грижи

България е в процес на разработване на информационни технологии, електронни рецепти и диагностично свързани групи от 2001 г. За съжаление, целият процес на единна интегрирана информационна система с пациентско досие все още не е реализирана.¹⁰

- Административно регулиране на дигиталното консултиране
- Възстановяване на разходите за цифрови услуги
- Популяризиране на дигитални платформи

1. В. Наков, Депресия, MEDINFO, кн. 6 2021г.
2. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J 58(2): 72-77
3. National Health Insurance Fund, February 2022
4. Bulgarian Medical Union – register, August 2021
5. EPIBUL-2- conducted by a team of NCPHA, 2016
6. JA Implemental – Situation analysis of Bulgaria, 2020-2022
7. <https://www.nhif.bg/>
8. Mental health 2-2 National strategy.pdf (stenobooks.com)
9. Interview with Dr Vladimir Nakov participant in the visit of the European Psychiatric Association, 2018
10. <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-strategiya-za-psihično-zdrave-na-grazhdanite-na-repu/>
11. Situation analysis of Bulgaria. Project RECOVER-E, 2019, part 2
12. EPIBUL-2 conducted by a team of NCPHA, 2017
13. <http://stenobooks.com/userfiles/editor/file/Mental%20health%202-2%20National%20strategy.pdf>
14. В. Наков, Депресия, Медикарт, „Неврология и Психиатрия“, бр.4/2014:45-46
15. <https://ourworldindata.org/>
16. <https://ourworldindata.org/grapher/happiness-cantril-ladder?region=Europe>
17. <https://www.nhif.bg/page/hospitals>
18. <https://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=5493>
19. <https://ncpha.government.bg/>
20. Interview with Dr Vladimir Nakov, 2022
21. Interview with Dr Maria Petrova Dimitrova, 2022
22. Interview with Dr Michail Okolijski, 2022
23. З. Зарков, В. Наков, Р. Динолова-Ходжаджикова, М. Люцканова, Д. Стоилова, М. Околийски, Х. Хинков ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 ВЪРХУ ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА Р БЪЛГАРИЯ “Българско списание за обществено здраве”. София, Том XIV, кн. 1 2022.: 45-67
24. <https://www.healee.com/bg>
25. <https://ifightdepression.com/bg/start>
- a. Beezhold J., Destrebecq F., grosse Holfthorh M., et al. 2018. A sustainable approach to depression: moving from words to actions. London: The Health Policy Partnership
- b. European Patients Forum. 2015. EPF Background Brief: Patient Empowerment. Brussels: EPF
- c. Repper J., Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health 20(4): pp. 392–411
- d. European Commission. 2018. Tackling depression with digital tools. [Updated 04/06/18]. Available from:https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/projects/success-stories?id=/research/headlines/news/article_18_06_04_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877 [Accessed 06/11/20]
- e. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. Depression and anxiety 34(6): pp. 494 - 501
- f. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. JMIR Ment Health 4(3): e29–e29

Контакти:

За повече информация:

Елена Цонева - Папуджиева, elena@prcare.bg

Росяна Сотирова - Христова, rosyana@prcare.bg

Адрес: България, София, бул. „Македония“, ет. 6

