

# МОДЕЛ ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ НА ПСИХИЧНО БОЛНИ В ОБЩНОСТТА

Цветелина Търпоманова

УС „Инспектор по общественото здраве“  
Медицински колеж, Медицински университет - Варна

## MODEL FOR INTEGRATED CARE FOR THE MENTALLY ILL IN THE COMMUNITY

Tsvetelina Tarpomanova

TRS Public Health Inspector, Medical College, Medical University of Varna

### РЕЗЮМЕ

Интегрираните грижи представляват комплексен набор от планирани и управлявани услуги за определена група пациенти със специфични нужди, предоставени от различни здравни и социални институции. Въвеждането на този тип услуги в областта на психиатричната помощ се налага поради редица фактори, свързани както с естеството и протичането на психичните заболявания, така и с необходимостта от осигуряване на дългосрочна комплексна грижа на болните в общността.

Един от успешните модели е холандският, предоставящ флексибилна асертивна грижа на психично болните в тяхната домашна и социална среда. Услугите се осъществяват от мултидисциплинарни екипи, които обхващат определен брой лица, на териториален принцип. Осигуряват се както интензивни грижи и лечение, така и постоянна подкрепа в ежедневните работни или домакински дейности.

В България интегрираната грижа е заложена като приоритет в редица нормативни документи. Така, след адаптация на предложения модел и с обединените усилия на лечебните и социалните институции, в нашата страна може успешно да се осъществи непрекъснатата грижа на психично болните в общността.

### ABSTRACT

Integrated care is a complex set of planned and managed services for a specific group of patients with specific needs, provided by different health and social institutions. The introduction of this type of services in the field of psychiatric care is necessary because of a number of factors related to both the nature and course of mental diseases and the need to provide long-term comprehensive care for patients in the community.

One of the successful models is the Dutch one, which provides flexibly assertive care to the mentally ill in their home and social environment. The services are provided by multidisciplinary teams covering a certain number of persons on a territorial basis. Both intensive care and treatment, as well as ongoing support in daily work or domestic activities, are provided.

In Bulgaria, integrated care is a priority in a number of regulatory documents. Thus, after the adaptation of the proposed model and the combined efforts of the medical and social institutions, continuous care of the mentally ill in the community can be successfully implemented in our country.

---

**Ключови думи:** интегрирана грижа, психично болни, общност, флексибилен модел

---

---

**Keywords:** integrated care, mentally ill, community, flexible model

---

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

В контекста на икономическата и социална криза, подсилена от негативните демографски промени, осигуряването на достъпни, висококачествени и устойчиви услуги за дългосрочна грижа за възрастните хора и хората с увреждания е един от ефективните инструменти за подобряване качеството на техния живот и за пълноценното им включване в обществото (10). Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на Европейския съюз, като различията са в продължителността на грижите и обхванатите ползватели на услугите (10).

Според Европейската комисия дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания (3).

В отговор на негативните демографски тенденции и повишаването на разходите в сферата на публичните финанси, през последните години на европейско ниво се осъществяват редица инициативи, насочени към подобряване качеството на живот на възрастните хора и хората с увреждания. Разглеждат се варианти за оптимизиране на достъпа до здравни грижи, минимализиране на разходите при запазване на възможността за достоен живот на потребителите (4,14,15,16).

В нашата страна нуждата от дългосрочни интегрирани грижи на лицата с увреждания е безспорна. В допълнение към останалите фактори трябва да се имат предвид и някои специфични за България особености. Независимо от поставянето на клиента на приоритетно място, съществуващата потребителска центрираност е само на думи или остава единствено в разписаните документи. Все още съществува необходимост от баланс на грижите поради разпокъсаността и липсата на координация между звената, предлагащи здравни и социални услуги. Налице са проблеми с достъпа, приемствеността и координацията, както и неефективно използване на ре-

сурсите. Всичко това води до намаляване на обществено доверие в здравната и социалната система.

Обикновено се предоставят или чисто социални или чисто медицински услуги, като последните почти не се извършват в домашна среда. Липсва и комуникация и координация между Министерство на здравеопазването (МЗ) и Министерство на труда и социалната политика (МТСП). Социалните услуги, от своя страна, също са фрагментирани между две отделни отговорни държавни институции - МТСП и Агенция за социално подпомагане (АСП), без да са координирани усилията помежду им.

## **ОСНОВНИ НОРМАТИВНИ АКТОВЕ, РЕГЛАМЕНТИРАЩИ ДЪЛГОСРОЧНАТА И ИНТЕГРИРАНА ГРИЖА В ОБЩНОСТТА В БЪЛГАРИЯ**

През последните години в редица нормативни актове се отделя специално внимание на дългосрочните и интегрираните грижи. Интегрираните здравно-социални услуги са включени като приоритет в Националната стратегия за дългосрочна грижа (2014 г.) и в Националната здравна стратегия до 2020 г., както и в съответните планове за действие към тях (7,10,11,13).

Стратегията за дългосрочна грижа е тясно обвързана с политическите и стратегическите документи, които се отнасят до развитието на услуги за дългосрочна грижа за възрастни хора и хора с увреждания (1,2,8,12).

Ключови точки в Националната стратегия за дългосрочна грижа са деинституционализацията - закриване и преобразуване на съществуващите институции, разкриване на услуги в общността като алтернатива на институционалната грижа и изготвяне на медицински стандарт „Палиативни грижи“ за различните нива на грижи (в дома, в лечебно заведение, в социално заведение) (10).

Според Плана за действие към Стратегията в България 11 000 възрастни хора

и хора с увреждания живеят в 161 специализирани институции за предоставяне на социални услуги. Чакащите за настаняване са 3 600 лица, от тях 2 200 - с психични разстройства, умствена изостаналост и деменция. Близко 900 са чакащи за настаняване в социални услуги в общността от резидентен тип, над 750 - с психични разстройства, умствена изостаналост и деменция. От друга страна 240 лица с психични разстройства, трайно настанени (над една година) в държавни психиатрични болници (ДПБ), нямат нужда от активно лечение, но не могат да бъдат изписани поради липсата на жилище, липса на близки роднини или поради факта, че роднините не желаят да се грижат за тях. Това са основно лица с шизофрения - 82%, 7% са с умствена изостаналост и по 3% са с биполарно афективно разстройство и деменции (13).

От анализа на настоящата ситуация става ясно, че съществува солиден превес на формите на институционалната подкрепа пред тези на подкрепа в общността. Сред наличните услуги в общността не са застъпени дейностите за подкрепа за живот с интегриран здравно-социален характер и мобилна подкрепа в домашна среда. Почти напълно отсъстват услуги за хора с различни форми на деменция и/или психични разстройства. Не на последно място се наблюдава съществено несъответствие в съотношението финансиране- капацитет на услугите.

През 2015 г. Парламентът прие промени в Закона за лечебните заведения, които за първи път позволяват, наред с лечебните заведения и общините, предоставянето на интегрирани здравно-социални услуги от страна на неправителствените организации- доставчици на социални услуги (5).

Друга стъпка в тази посока е актуализираният Закон за социалните услуги, в сила от 2020 г. Още през настоящата 2019 г. се прави подготовка за очакваните законови промени. Една от тях е планиране на услугите посредством национална карта. Крайната цел е всеки регион да има своя

„минимален пакет“ като само това, което е в картата, ще може да се финансира (6).

Новата правна рамка дава ясна заявка, че само качествените услуги ще бъдат развивани и финансирани. Частните доставчици ще се лицензират, но дори и общинските услуги ще имат еднакво високи стандарти за качество, които трябва да бъдат достигнати, а ако това не се случи, финансирането ще бъде прекратено. Тази промяна ще предизвика и институционална реформа- ще бъде създадена нова агенция в рамките на правомощията на МТСП- Агенция за качеството на социалните услуги.

В Глава 9 от Закона се отделя внимание именно на интегрирания подход и интегрираните услуги. В чл. 143 се дава следното определение: „Интегрираните здравно-социални услуги са услуги за специализирана подкрепа на лицата чрез дейности от сферата на здравните грижи и социалните услуги, които се предоставят в рамките на обща организация и управление. Подкрепата чрез интегрирани здравно-социални услуги се осигурява от медицински специалисти и от специалисти, предоставящи социални услуги“ (6). Следва дефинирането на доставчиците на интегрирани здравно-социални услуги и определянето на контролния орган- Агенцията за качеството на социалните услуги- с участието на представители на регионалната здравна инспекция по адреса, където се предоставя услугата. Текстът продължава с указание за потребителите на услугите, възможностите за насочване и правомощията на лечебните заведения при предоставяне на грижите.

## **ВЪВЕЖДАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ В ПСИХИАТРИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ**

Актуално състояние на психичното здраве на популационно ниво може да се илюстрира с разпространението на най-честите психични разстройства. По данни на национално представително епидемиологично проучване (2017 г.) пожизнената

болестност от чести психични разстройства в България е 14,54%.

В контекста на осигуряване на комплексна грижа на психично болните, освен заведенията за болнична и извънболнична помощ, е важно регламентирането на определени социални служби, имащи отношение към психосоциалната рехабилитация на хората с психични разстройства. Към този момент съществуват: дневни центрове за възрастни с увреждания, защитени жилища, социален асистент и домашна грижа. Центровете работят самостоятелно, без връзка с медицинската служба. Достъпът до защитеното жилище не се осъществява чрез медицинската служба, а по реда, определен от АСП. Известно е, че и другите две социални услуги също не покриват критериите за интегрирани грижи в общността.

В резултат се отчита занемаряване на нуждите, задълбочаване на социалното изключване и влошаване на психо-социалното функциониране на хората с психични разстройства, както и чест провал на семействата и близките в оказване на подкрепа в ежедневието. Затова се разчита изключително на институционалната грижа за болните.

Към момента в страната функционират 13 дома за възрастни с психични разстройства с капацитет 1 036 души, 27 - за хора с умствена изостаналост и 13 дома за хора с деменция. Условиата за живот в специализираните институции за пълнолетни лица с психични разстройства са неудовлетворителни, с ниско качество на грижа и състояние, несъответстващо на нормативно определените стандарти и критерии. Въпреки това броят чакащи за настаняване в специализирани институции и социални услуги от резидентен тип непрекъснато нараства (1 369 лица към 31.05.2017 г.).

Поради липса на място за живеене и липса на подкрепяща среда често се налага продължителен престой на лицата с хронично протичащи психични разстройства в лечебни заведения, основно в ДПБ. Някои от пациентите са поставени под запре-

щение, което прави невъзможно изписването им при отказ на близките да ги приемат и да се грижат за тях. От друга страна близките на тези пациенти правят всичко възможно техните роднини да останат настанени в болница, а не в социална услуга, с цел да могат да получават техните лични доходи (пенсии). Трудност при настаняването в подходяща социална услуга е и изискването за съгласие от страна на лицата, дори и да са поставени под пълно запрещение.

Индикатор за спешността от осигуряване на интегрирани грижи на психично болните е намерението до 2021 г. да бъдат закрити 10 специализирани институции и да се осигури помощ в общността на около 750 души с психични разстройства. Същевременно се предвижда разкриването на 100 нови услуги за над 2000 души.

Ако психично болният пациент е здравно осигурен, то най-общо пътят за получаване на медицинска помощ е следният: при обостряне на заболяването може да бъде настанен на стационарно лечение. След изписване от съответния психиатричен стационар, пациентът трябва да се обърне към личен лекар, за да му бъде дадено направление за психиатър от извънболничната помощ. Амбулаторният психиатър му предписва поддържащо лечение (обикновено с протокол). Ако става въпрос за скъпоструващ медикамент, протоколът трябва да се одобри от комисия и регионалната здравноосигурителна каса. Едва след това може да се започне съответното лечение, като за целта психиатричният пациент се връща при общопрактикуващия си лекар, който ежесечно му изписва медикаментите. Следва посещение на аптека и получаване на лекарствата. Обикновено протоколите се изписват за 6 месеца, затова след изтичане на този период (или по-рано при нужда) пациентът отново посещава амбулаторния психиатър за оценка на състоянието и продължаване/корекция на медикаментозното лечение. Често в този път помощ оказват близките на лицето с психично заболяване. Те осъществяват и кон-

трол върху приема на медикаментите. Ако обаче психично болният няма близки, пътят, респ. лечението, може да бъде прекъснат на всеки един етап. А ако лицето не е здравноосигурено, път изобщо няма. Лечението на психичните заболявания е дълго, често доживотно, затова не може да бъде заплащано от потребителите.

Към настоящия момент психиатричното обслужване в страната е фрагментирано, несистемно и неотчитащо индивидуалните нужди. Липсва категоризация и профилиране на услугите - няма обособени програми с правила, капацитет, персонал. Не се извършва оценка на ефективността. Разпределението на службите е неравномерно - малко рехабилитационни звена, недостатъчен брой домове, поради което някои държавни психиатрични болници поемат функцията и на домове. Независимо от преобразуването на психиатричните диспансери в центрове за психично здраве, липсва приемственост на грижите след стационарно лечение. В психиатричното обслужване преобладава медицинският модел. Липсват програми и специалисти за интервенции на детско-юношеските разстройства, липсва система за съдебно-психиатрична експертиза и проследяване на пациенти с обществено-опасно поведение. Няма изградени системи за самопомощ и организации на психичноболните лица. България е на последно място в ЕС по разходи за здравеопазване, а от тях едва 2% са за психично здраве. В страната все още съществува психиатрична стигма, както и недостатъчна информация за психичните разстройства.

Тези недостатъци са отчетени и следва да бъдат избегнати от Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2017-2023 година. (9). В нея са заложили принципите на модерното психиатрично обслужване. Първият от тях е на фиксираната отговорност чрез водене на случай - така един професионалист разполага с цялата информация. Принципът на партиципативност е свързан със социалното участие в процеса

на възстановяване на умения чрез образование на гражданското общество и обучение на специалисти. Необходимо е активно издирване на лицата с психични заболявания, което е възможно посредством интегриране на службите и осигуряване на приемственост на грижите - обслужване от един и същи екип, връзка между специалистите, осъществяващи лечение, рехабилитация и грижи в общността. Не на последно място се залага на информационно осигуряване - въвеждане на информационна система за психично здраве, която ще позволи определяне на потребности, оценка на качеството и планиране.

В Програмата се залага на психосоциалната рехабилитация - медицинска, професионална, социална, както и на изнасяне на грижите и услугите в общността посредством центровете за психично здраве, дневните центрове и защитените жилища.

Основните подходи, описани в Програмата, са: доставяне на грижи в дома на болния; взаимосвързаност на услугите - координация, алгоритми; създаване на регионални програми за психично здраве; извършване на правна реформа; поставяне на акцент върху психосоциалната рехабилитация, обществено-здравния подход и превенцията. Интегрирането на психиатричните грижи в цялостната грижа за здравето може да се осъществи единствено посредством сътрудничество между психиатрични, социални и образователни институции.

### **ХОЛАНДСКИЯТ МОДЕЛ ЗА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ НА ПСИХИЧНО БОЛНИТЕ**

Асертивната терапия в общността (ACT) е въведена през 70-те години на миналия век в САЩ. Същността е, че мултидисциплинарен мобилен екип от 10 души се грижи за около 100 клиенти. Подходът се съсредоточава върху обхвата и предоставянето на постоянни и много интензивни грижи и лечение. Основни потребители са лица с тежки ментални разстройства, пациенти, които не оказват съдействие за

лечение, лица с хоспитализъм, бездомни или социално слаби. Този вид грижа е многократно изследван, базиран на доказателства и признат за ефективен. Холандският модел - флексибилна асертивна терапия в общността (FACT) - се базира на описания, но са въведени някои иновации. Основната цел е осъществяването на интегрирани грижи в общността, като екип от 11-12 специалисти се грижи за около 200 души. Обикновено около 20% от тях са с тежки разстройства и се нуждаят от интензивни грижи, а за около 80% е достатъчно осигуряването на подкрепа и наблюдение (17). Моделът се прилага от 2003 г., като десет години по-късно в страната функционира 13 екипа. Един екип осигурява грижи за всички лица с психични разстройства в квартал или район с приблизително 40 000-50 000 жители. Това улеснява сътрудничеството със социалните служби и с общопрактикуващите лекари. Клиентите са разделени условно на две групи - за интензивни и за неинтензивни грижи. За да се комбинира грижата за тези две групи, се използва гъвкава система на превключване. Лицата, които изискват най-интензивно лечение и грижи, се обсъждат ежедневно и с тях работят едновременно няколко членове от екипа. Имената на клиентите са включени в електронен регистър. За тези, които се нуждаят от по-малко интензивни грижи, същият екип осигурява индивидуално водене на случай с подкрепа при нужда. По този начин, когато клиентите се стабилизират, те не трябва да бъдат прехвърляни в друг екип (както в АСТ, чрез „градуиране“), а остават в същия. Така се осигурява непрекъснатост на грижите и намалява отпадането. Тази комбинация от гъвкавост и непрекъснатост се свързва добре с естествения ход на психичните заболявания.

FACT е широк биопсихосоциален модел, ориентиран не само към лечение на симптомите, но и към практическа помощ при ежедневния живот, рехабилитация и подкрепа за възстановяване. Целта е да осигури непрекъснатост на грижите, за да се предотврати приемането в психиатрични болници и да се стимулира връ-

щането в общността. Екипът е мултидисциплинарен и се състои от психиатър, медицински сестри, в т.ч. и психиатрична сестра, психолог, специалист по заетостта, специалист по зависимости и консултант за самопомощ.

За повечето лица с психични заболявания е достатъчен индивидуалният надзор. Но ако състоянието се влоши, наложи се хоспитализация или индивидът се нуждае от допълнителна грижа, се преминава към интензивен режим. Тези клиенти, както бе споменато по-горе, са включени в регистър и се обсъждат ежедневно от екипа с оглед определяне на нуждите и оценка на състоянието. За да бъде в групата с интензивни грижи, индивидът трябва да има психично разстройство, което изисква лечение (не е в симптоматична ремисия) и да са налице сериозни ограничения във функционирането в общността (не е във функционална ремисия). Тези два критерия трябва да са свързани помежду си (ограниченията са причина и следствие от психопатологията). Тъй като проблемите не са преходни, а систематични и дългосрочни, е необходима координирана грижа, предоставяна от различни специалисти

След като се овладее кризисната ситуация, лицето се връща на режим с индивидуално водене на случая и подкрепа при необходимост. Всички услуги се предоставят на мястото на пребиваване на клиента, което осигурява така нужния индивидуален подход към лицата с психични заболявания. Освен това могат да се обхванат и специфични групи, например лица, които отказват да се лекуват. Техният брой не е малък, като причината за отказ от лечение може да е естеството на психичното заболяване (болните нямат съзнание за болест) или предишен негативен опит с психиатри или други специалисти. В този случай екипът реагира в зависимост от това дали лицата представляват опасност за себе си и околните или не. В първия случай членовете на екипа имат право да потърсят съдействие от полиция и съд.

Друга специфична група са лицата с двойна диагноза- най- често психично заболяване и зависимост от алкохол/ наркотици. Такива са около 50%- 70% от клиентите на FАСТ. В тези случаи е важно да се лекуват едновременно и двете разстройства, като са ангажирани най- малко двама специално обучени членове на екипа.

По време на хоспитализация психиатърът от екипа взаимодейства с лекуващия болничен психиатър и заедно определят насоките за лечение и грижи.

В модела на FАСТ съществува и форма за осигуряване на работа- Индивидуално назначаване и подкрепа (IPS). Установено е, че всякакъв вид трудова заетост ускорява рехабилитация на лицата с психични заболявания.

Изготвянето на индивидуален план за лечение на даден клиент става на базата на приети стандарти: планът трябва да е изготвен съвместно с лицето и с неговите близки (ако има такива), да съдържа формулирани от клиента цели, да има разработена част за действие при кризисни ситуации. Планът се предоставя на клиента в писмена форма, оценява се и се актуализира най-малко веднъж годишно.

Съществуват точно определени критерии за прекратяване на грижите на екипа: клиентът да е на неинтензивна грижа най-малко 2 години; да е в състояние самостоятелно да контролира приема на лекарства; да има адекватна система за подкрепа; да е работно ангажиран под някаква форма; да живее в собствено жилище или да е в състояние да наеме квартира; да е финансово стабилен. Разбира се, в тези случаи лицето, както и близките или личният лекар, се ангажират да сигнализират на екипа за всяка промяна и нужда от грижи.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Необходимостта от интегрирани грижи в областта на психично- здравната помощ е безспорна. По този начин се запълва съществена ниша в системата на здравеопазването, постига се превенция на честите хоспитализации и настаняването в со-

циални институции, облекчава се дейността на общопрактикуващите лекари. Създава се възможност за достигане на пациенти в отдалечени и малки населени места. Чрез модела могат да бъдат разработени адекватни здравно-застрахователни пакети за здравно-социално обгрижване в домашна среда, покриващи рискове на хора в трудоспособна възраст. Доказана е съществено по-ниската себестойност в сравнение с други подобни услуги, както и положителният психосоциален ефект върху пациентите.

Лицата с психични заболявания са особено уязвима група както поради естеството но психичната болест, така и поради хронично-рецидивиращото ѝ протичане, което води до дефицити в интелектуално-мнестичната сфера, работните умения и ежедневните житейски дейности. Тези лица често са с двойни диагнози и съпътстващи соматични проблеми. Някои от тях са без подкрепяща система, в тежко социално положение, жертви освен на болестта си и на съществуващата стигма по отношение на психичните заболявания.

Холандският модел на интегрирани грижи успешно решава всички основни проблеми на психично болните и задоволява нуждата от различни по вид и интензивност грижи, предлагани в общността. Съществува реална възможност за адаптиране и прилагане на този модел в България. В град като Варна например, с население около 300 000 души, ще има необходимост от 6 екипа. Разделянето може да бъде на териториален признак (на съответните районни кметства). Във Варна и в другите големи градове има необходимият брой психиатри, психолози, медицински сестри и социални работници, които могат да бъдат включени в екипите. Проблем би възникнал евентуално в по-малките населени места, но там ще има нужда от 1 или 2 екипа, които могат да бъдат подsigурени от съседните по-големи градове. Разбира се, всички екипи трябва да бъдат предварително обучени.

Адаптирането, апробирането и въвеждането на модела за флексибилна асертивна грижа за психично болните биха имали решаващо значение за осъществяване на така очакваната реформа на психиатричната помощ с изнесени грижи в общността.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Актуализирана стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г., <https://www.mlsp.government.bg/files/rubs/horuv/aktualstratos>
2. Европа 2020: Национална Програма за реформи, Актуализация 2019, МФ, file:///C:/Users/USER/Downloads/National%20Reform%20Programme%202019%20BG.pdf
3. Европейска комисия; [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm)
4. Европейско партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве, <https://memportal.cor.europa.eu/>
5. Закон за лечебните заведения, изм. и доп. ДВ. бр.84 от 12 Октомври 2018г.
6. Закон за социалните услуги (2020), [https://www.mlsp.government.bg/zakoni/Zakon\\_za\\_socialnite\\_uslugi](https://www.mlsp.government.bg/zakoni/Zakon_za_socialnite_uslugi)
7. Национална здравна стратегия 2020 г., [http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/09/12/nzs\\_2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf)
8. Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2019 – 2030 г.), МТСП, [https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/demografaska%20politika/nacionalni%20strategicheski%20dokumenti/National\\_agieng\\_strategy\\_2019-2030.pdf](https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/demografaska%20politika/nacionalni%20strategicheski%20dokumenti/National_agieng_strategy_2019-2030.pdf)
9. Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2017-2023 година, [http://ncphp.government.bg/files/National\\_Menatl\\_Health\\_Program\\_2017-2023\\_final.pdf](http://ncphp.government.bg/files/National_Menatl_Health_Program_2017-2023_final.pdf)
10. Национална стратегия за дългосрочна грижа, <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=882>
11. План за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2020 г., [http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/09/12/plan\\_za\\_deistvienzs\\_2020.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/plan_za_deistvienzs_2020.pdf)
12. План за действие за изпълнението на Националната програма за развитие: България 2020 в периода 2019–2020 г., МФ, file:///C:/Users/USER/Downloads/Bulgaria\_2020-2019-2020.pdf
13. План за действие за периода 2018-2021 за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=882>
14. Съвместен доклад за системите за здравеопазване и дългосрочните грижи и фискалната устойчивост- European Economy, институционален документ 37, октомври 2016 г.; ГД „Икономически и финансови въпроси“ и Комитета за икономическа политика [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en)
15. Съобщение на Комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване (COM(2014) 215 final) [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/com2014\\_215\\_final\\_bg.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_bg.pdf)
16. Трета програма „Здраве за растеж“ (2014-2020 г.), [https://ec.europa.eu/health/funding/programme\\_bg](https://ec.europa.eu/health/funding/programme_bg)
17. Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Flexible Assertive Community Treatment Manual, <https://www.eaof.org/factmanual.pdf>

---

**Адрес за кореспонденция:**  
Цветелина Търпоманова  
Медицински колеж  
бул. Цар Освободител 84  
9002 Варна  
e-mail: [dr\\_tarpotanova@abv.bg](mailto:dr_tarpotanova@abv.bg)

---