

ГУМАНІТАРНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ, ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ

УДК351.773+616.89

Макаренко О.М., Флаєрті М., Демидчук А.С.

ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В ПОЛЬЩІ ТА ДЕЯКИХ КРАЇНАХ СХІДНОЇ ЄВРОПИ

Міжрегіональна академія управління персоналом, м. Київ
Університет штату Манітоба, Вінніпег, Канада
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

В результаті широкої дискусії про засади психіатричної допомоги, що відбувалась в 1970-х роках в провідних країнах світу, біологічний підхід в психіатрії було замінено гуманістичним на тлі домінуючої на той час гуманістичної психотерапії. Була розроблена і запропонована нова медична політика, спрямована на розвиток позалікарняної допомоги шляхом розширення мережі фахових поліклінік і невеликих профільних відділень охорони психічного здоров'я в загальноклінічних лікарнях. Одночасно було залучено використання психотерапії і роботу психологів в області психічного здоров'я і в традиційних медичних закладах країн Східної Європи в 1990-2000 рр., тобто після розпаду блоку країн Варшавського договору. Метою даної роботи було вивчення процесу трансформації системи охорони психічного здоров'я в Польщі та деяких країнах Східної Європи. Система охорони психічного здоров'я ґрунтувалась на створенні системи великих лікарень з використанням і залученням громадського догляду. В країнах східної Європи тенденція до змін спостерігалась з середини 1970-х років, і ці зміни були досить повільними через брак фінансування і відсутність реального попиту з боку користувачів (пацієнтів та їх родин). В кінці 1980-х і на початку 1990-х років відбулися зміни, що посилювали вплив на користувачів, а введення систем страхування здоров'я порушило перспективи застарілої політики в галузі охорони здоров'я і, особливо, психіатрії в сфері надання високого рівня фахової допомоги і можливості ресоціалізації пацієнтів. Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах східної Європи стала результатом ринкової ідеології, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи охорони психічного здоров'я у світі. Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах східної Європи стала результатом ринкової ідеології, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи охорони психічного здоров'я у світі.

Ключові слова: соціальна робота, страхування здоров'я, політика в галузі охорони психічного здоров'я, трансформація.

Вступ

В результаті широкої дискусії про засади психіатричної допомоги, що відбувалась в 1970-х роки в провідних країнах світу, біологічний підхід в психіатрії було замінено гуманістичним на тлі домінуючої на той час гуманістичної психотерапії [1]. Була розроблена і запропонована нова медична політика, спрямована на розвиток позалікарняної допомоги шляхом розширення мережі фахових поліклінік і невеликих профільних відділень охорони психічного здоров'я в загальноклінічних лікарнях [1]. Одночасно було залучено використання психотерапії і роботу психологів в області психічного здоров'я і в традиційних медичних закладах країн Східної Європи в

1990-2000 рр., тобто після розпаду блоку країн Варшавського договору.

Економічні та політичні перетворення останніх двох десятиліть докорінно змінили всю роботу. За основу були прийняті інтереси пацієнтів, що стало базисом політики держав країн Східної Європи в галузі охорони психічного здоров'я (ОПЗ). Ця ситуація призвела до більш раціонального розподілу фінансів, що виділяються на ОПЗ. З іншої сторони вважається, що відповідальність за державну політику країн Східної Європи в галузі психічного здоров'я неструктурована, що веде до зростання регіональних проблем і невідповідності високому рівню послуг і можливості доступу пацієнтів до їх отримання. У

цьому контексті вирішальну роль в майбутньому відіграватиме асоціація споживачів послуг в галузі ОПЗ та членів їх сімей, які більше ніж коли-небудь раніше стали помітними особами нинішньої суспільної дискусії і прийняття рішень держави в галузі охорони психічного здоров'я.

Мета роботи

Вивчення процесу трансформації системи охорони психічного здоров'я (ОПЗ) в Польщі та деяких країнах Східної Європи.

Матеріали та методи

Аналіз фахової літератури і документів, що регламентують галузь охорони психічного здоров'я, основні віхи її еволюції в контексті системних зрушень, політичних та соціальних подій, що відбулись в середині і кінці ХХ століття в країнах Східної Європи.

Результати дослідження

Система охорони психічного здоров'я в країнах Східної Європи до Другої Світової війни ґрунтувалася на створенні системи великих лікарень з частковим використанням і залученням громадського догляду. Тенденція до ґрунтовних змін почала спостерігатись з середини 1970-х років, але ці зміни були досить повільними через обмеженість фінансування і відсутність попиту з боку користувачів (пацієнтів, їх родин). В кінці 1980-х і на початку 1990-х років відбулися докорінні зміни, що посилили соціальний вплив на користувачів, а введення систем страхування здоров'я знецінило планову і застарілу політику в галузі ОПЗ і, особливо психіатрії, в плані надання пацієнтам високого рівня фахової допомоги і можливості їх ресоціалізації в суспільстві [2,3].

Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах східної Європи стала результатом впровадження ринкових засад, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи ОПЗ у світі. Розглянемо це питання детальніше.

До Другої світової війни в країнах Східної Європи психіатрична допомога була зосереджена переважно у великих містах. Наприклад, в Польщі майже 14 000 психіатричних ліжок були розподілені серед 31 лікарень, інших психіатричних установ, розміщених у великих лікарнях. У 1938 році відповідний показник складав 4,7 койко-місць на 10 000 чоловік, працювали 269 лікарів і 3000 медсестер [4]. Психіатрів готували у психіатричних відділеннях університетів м. Кракова, Львова, Познані, Вільнюса і Варшави. Аналогічна система домінувала і в країнах Східної Європи [5,6].

Державні психіатричні лікарні були поширеною формою допомоги пацієнтам, але не єдиною. Мали місце приватні установи і форми допомоги, і однією з них був догляд членів родини, при цьому понад 1000 пацієнтів отримували цей

вид допомоги [7].

Після Другої світової війни, у 1946 році, в соціалістичній Польщі налічувалось близько 10 тисяч психіатричних ліжок, спостерігалось зменшення до 4,3 койко-місць на 10 000 чоловік і працювало лише 100 лікарів. Пізніше, число психіатричних лікарень, ліжок і пацієнтів почало зростати і перевершило довоєнні показники у 1953 році, одночасно збільшилась кількість амбулаторних фахових клінік. Аналогічні зміни відбувались і в інших країнах (Чехословачії, Угорщині, Болгарії) [8].

Система психіатричної допомоги будувалася на основі досягнень психіатрії в СРСР. Це привело до відкриття науково-дослідних інститутів (наприклад, психоневрологічний інститут у Варшаві був відкритий в 1951 році), впроваджувалася радянська модель розвитку психіатричної допомоги і професійного нагляду [7,9].

У 1960-і роки психіатрична медична допомога в усіх країнах Східної Європи по формі і змісту була прогресивною і сучасною з точки зору структури і доступності отримання допомоги [10,11]. Наприклад, до 1970 року в Польщі налічувалось 40 500 ліжок в 34 психіатричних лікарнях. Кількість психіатричних ліжок в 15 великих лікарнях перевищувала 1200 (12,3 ліжок на 10 000 чоловік). Налічувалось 418 поліклінік і 1200 лікарів (в тому числі 900 психіатрів), які працювали в системі охорони психічного здоров'я. Така система мала місце в інших державах соціалістичного блоку [8,12].

З 1970-го по 1990-го року часткова секторизація психіатричних лікарень, проведена в соціалістичних країнах, призвела до скорочення числа стаціонарних ліжок приблизно на 20% [13]. Пізніше спостерігалось зростання числа психіатричних відділень в лікарнях. Наприклад, в Польщі, в 1999 році, 13% всіх ліжок складали психіатричні). Сучасний стан психічного здоров'я населення і основні ризики населення країни в галузі ОПЗ можна охарактеризувати наступним чином:

– більше 780 000 чоловік (майже 2% від всього населення Польщі) отримують допомогу в психіатричних амбулаторних установах, перебуваючи на обліку і лікуванні;

– більше 160 000 пацієнтів лікуються в стаціонарних умовах, що у п'ятої частини зумовлено важливими соціальними і клінічними наслідками [14].

– Після зміни політичного режиму, трансформації суспільства, поглиблення економічної кризи (у період з 1990 по 1999 рр.) показники захворюваності для непсихотичних розладів збільшились на 18%, а показники захворювань, пов'язаних зі споживанням алкоголю перевищили попередні показники на 60%; число нових випадків і розладів, пов'язаних з наркотиками, зросло в три рази не лише в Польщі, а і в інших країнах Східної Європи. Наприклад, якщо в 1985–1988 рр. середньорічне вживання алкоголю в

Польщі дорівнювало 7 л спирту на душу населення, то в 1990 роки цей показник збільшився приблизно на 40-50%. В цей період спостерігався відносно низький рівень самогубств в країнах Східної Європи (наприклад, 14,2 на 100 000 населення в Польщі), проте відмічався приріст кількості самогубств, скоєних дітьми і підлітками (9-19 років), що в два рази перевищував попередній показник (6,7% у 1985-1990 рр.) [15,16].

У 1999 році в Польщі налічувалося 571 амбулаторних психіатричних клінік, з них 401 – для лікування алкоголізму і 41 заклад – для лікування наркозалежних. 920 тис. пацієнтів отримали психіатричну допомогу, а 15% пройшли лікування патологічних станів, асоційованих з алкоголем [18]. Цьому також сприяли заклади проміжної допомоги і мережа клінік, що почала швидко розвиватися в наступне десятиріччя (110 в 1999 році, 430 – у 2005 році) [18]. В рамках інноваційної для країн Східної Європи системи ОПЗ створені і працюють мобільні групи спільноти, в 19 центрах великих міст. Пізніше, у 2006-2010 рр. було створено 141 мобільну групу співтовариств і хостели по догляду за кількома сотнями громадян, що потребували відповідної фахової допомоги. До 2010 р. кількість психіатричних ліжок в Польщі становила 30,5 тис. (тобто 7,5 на 10 000 населення), при цьому 24 тис. (80%) ліжок були розташовані в 49 великих психіатричних лікарнях, 94 психіатричних відділення функціонували в лікарнях загального профілю [7,18,19]. Майже третина ліжок-місць (29% або біля 10 тис.) була зосереджена у 13 великих психіатричних лікарнях. Це може свідчити про те, що трансформація системи ОПЗ в Польщі проходить недостатньо ефективно.

В той же час, соціальна система допомоги, що формується в країнах Східної Європи з початку 1990-х років, відіграє все більш важливу роль в обслуговуванні людей з психічними розладами. Зросла кількість місць в будинках-інтернатах для хронічно хворих та розумово відсталих дітей і дорослих. Так, в період між 1970 і 1999 роками їх кількість збільшилася з 28 до 402, а кількість обслуговуваних пацієнтів – з 19 000 до 40 000 осіб, при цьому за 1990-ті роки відбулося суттєве покращення і зросла якість роботи з цими пацієнтами [20].

Кадрові аспекти проблеми

В країнах Східної Європи в цілому зросло число психіатрів першого і другого класу (3 і 5 років спеціалізації, відповідно). В Польщі, зокрема, їх загальна кількість зросла з 1919 осіб (в 1992 році) до 2500 (в 1998 році).

Кількість практикуючих психологів становить близько 2000, 213 з них отримали ліцензії для роботи в галузі психотерапії. В системі ОПЗ 7400 медсестер працюють в стаціонарних умовах [7].

Психіатрична освіта для студентів-медиків має місце у всіх вищих медичних навчальних за-

кладах країн, при цьому зберігається система післядипломної освіти. В різних країнах Східної Європи у 2010-2015 роках відбувся процес гармонізації стандартів, які існували в країнах Східної Європи зі стандартами Європейського Союзу, при цьому спеціаліст з сестринської освіти тепер повинен мати вищу університетську освіту [14,18,21].

До 1999 року в кількох східноєвропейських країнах психіатрія була визнана в якості основної медичної спеціальності, в той час, як дитяча і підліткова психіатрія – в якості субспеціальностей. Програма ординатури з психіатрії складається з 5 років навчання, після чого випускник повинен здати загальнодержавний іспит для отримання свідоцтва щодо загальної психіатрії [22].

Ключовим програмним документом, що регламентує програми охорони психічного здоров'я в Польщі і цілову мережу державних психіатричних установ охорони здоров'я є закон «Про психічне здоров'я», який вступив в силу в січні 1995 року. Аналогічні документи були визнані як основні і в інших країнах Східної Європи до 2005 року [22,23].

У відповідності до них міністр охорони здоров'я і соціального забезпечення відповідає як за організацію, так і за вирішення завдань системи обслуговування населення із урахуванням міжвідомчого характеру проблем ОПЗ. Міністерство охорони психічного здоров'я у співпраці з Міністерством юстиції відповідальні не лише за медичні установи, в яких проводиться психіатричне обстеження і лікування пацієнтів, але і за дотримання міжнародних норм, затверджених ЄС в Брюсселі.

В умовах перехідного періоду від планової системи (режим примусової госпіталізації пацієнтів в психіатричні лікарні), в східноєвропейських країнах психічно хворі пацієнти госпіталізуються тільки на підставі отриманого рішення суду на прохання членів сім'ї або установи соціального захисту населення. В різних країнах ці закони містять певні положення щодо використання фізичного примусу, передбачає функціонування системи судово-процесуальної, судово-наглядової та адміністративно-медичної гарантії з метою захисту прав людей із психічними розладами і їх родичів [22,24,25].

Програми ОПЗ населення Польщі були прийняті міністром охорони здоров'я країни в 1994 році, а інших країнах Східної Європи – з 1992 по 2001 рр.[26]. В них продовжується робота над оновленням версій програм [26]. Їх основна мета полягає у захисті прав людей, які страждають від психічних розладів, надання багатогранної медичної та інших видів допомоги або догляду, що необхідні для соціалізації пацієнтів в сім'ї або суспільстві.

Для реалізації програм були розроблені принципово подібні в різних країнах моделі психічного здоров'я, найбільш важливими пунктами

(положеннями) яких є:

– повномасштабна допомога в рамках ОПЗ повинна надаватись населенню, що постійно мешкає на території країни;

– основними формами є амбулаторно-поліклінічні заклади, дитячі дошкільні установи, громадські заклади медично-санітарної допомоги, кризові центри, різні варіанти подання послуг, форми захищеного житла (окремі корпуси, гуртожитки);

– лікарняний догляд і лікування пацієнтів здійснюється в психіатричних відділеннях лікарень загального профілю або у спеціалізованих підрозділах лікарень. Відстань між місцем проживання пацієнта та місцем догляду повинна бути в межах 1 години шляху, як в країнах Північної Америки або Новій Зеландії;

– психіатричну допомогу надають мульти-професійні команди, фахівці ОПЗ здатні надати пацієнтам всі форми медичної допомоги;

– лікарі загальної практики (сімейні лікарі) повинні бути задіяні в роботу зазначених команд для надання медичної допомоги [7,22].

Окремі форми допомоги пацієнтам також інтегровані в єдину систему ОПЗ, діяльність якої скоординована з іншими медичними і соціальними послугами, що надаються психічно хворим на території їх проживання.

Розглянемо, як здійснюється ця діяльність на практиці. В кожному територіальному районі створено команду координуючого складу ОПЗ і соціального забезпечення, що відповідає за контингент психічно хворих людей. На чолі команди працює група політиків в галузі ОПЗ разом із регіональним консультантом місцевої адміністрації з психіатрії. Перетворення психіатричної допомоги в країнах Східної Європи, реформа системи дозволила поступово замінити модель, що існувала в європейських соціалістичних країнах [6], замінити стаціонарну медичну допомогу допомогою співтовариства. Це неоднозначний і важкий шлях, яким змушена буде йти відповідна система медичної допомоги пацієнтам кожної країни, в т.ч. і Україна при переході на ринкові умови розвитку. Незважаючи на серйозні зміни системи ОПЗ, що відбулися більше десяти років тому, в цих країнах система їх ОПЗ потерпає від серйозних структурних і функціональних недоліків і вад, які слід серйозно передбачити і підготувати в процесі перетворень в Україні.

В першу чергу, це стосується наступного:

- 1) нерівномірного розподілу фахових закладів ОПЗ на території держави;
- 2) концентрації ліжок у великих психіатричних лікарняних закладах;
- 3) значної відстані між більшістю лікарень і місцями проживання пацієнтів;
- 4) велика кількість пацієнтів, що госпіталізуються через соціальні ознаки або ознаки добробуту, а не за медичними показниками;
- 5) недостатня компетентність лікарів зага-

льної практики в питаннях психіатрії;

- 6) низька якість діагностичних процедур і терапії пацієнтів, що є наслідком застарілого діагностичного обладнання, професійного рівня фахівців і домінування попередньої моделі лікування;

- 7) низький рівень фахівців великих лікарень при наданні необхідних послуг;

- 8) низька ефективність і/або відсутність різних форм позалікарняної допомоги переважно в аграрних регіонах деяких країн Східної Європи [14,21].

Після проведеної реформи в країнах для осіб з психічними розладами ситуація суттєво покращилась в плані забезпечення лікарськими засобами, надання фахової допомоги, постійного обслуговування організаціями, закладами. Ця робота фінансується державною адміністрацією і, незважаючи на численні проблеми, нова система гарантує, що установи, відповідальні за політику в області ОПЗ, можуть бути чітко визначені і проконтрольовані. Це сприяло поліпшенню співпраці та наступності в лікуванні пацієнтів з ментально-когнітивними захворюваннями в країнах Східної Європи [25]. Зазначається, що одночасне проведення реформи охорони здоров'я і державного управління в галузі ОПЗ кардинально змінило систему власності відповідних закладів, їх фінансування, призвело до рішучих змін політики в галузі ОПЗ. На сучасному етапі розвитку саме регіональні фонди медичного страхування в країнах Східної Європи формують правила і умови для надання підрядних послуг, як в області охорони здоров'я, так і в галузі охорони психічного здоров'я. В сучасній моделі ОПЗ використовується фіксована ціна окремих послуг (госпіталізація, консультація), системи страхування, запроваджені обмеження використання кількості послуг. Користь моделі для пацієнтів полягає більш раціональному використанні державних і приватних коштів [27,28,29]. Необхідно вирішувати і виникаючі нагальні або існуючі гострі питання доступності психіатричної допомоги, особливо в амбулаторно-поліклінічних закладах, оптимізації отримання пацієнтами різних форм позалікарняної допомоги в таких країнах Східної Європи, як Словаччина, Чехія. Це спостерігається і в деяких районах Польщі. Поліпшення фінансування денних відділень є особливо проблематичним для системи медичного страхування цих країн. Є реальна можливість створення сучасних психіатричних відділень навіть в лікарнях загального профілю. Це приведе до ліквідації існуючого нерівномірного розподілу ліжкового фонду в цілому, надмірної концентрації ліжок у великих психіатричних лікарнях [7]. Зрозуміло, що ще більш гостро ці питання будуть стояти на порядку денному при невідворотному впровадженні зазначеного типу охорони психічного здоров'я в Україні найближчим часом.

Висновки

Система охорони психічного здоров'я ґрунтувалася на створенні системи великих лікарень з використанням і залученням громадського догляду. В країнах східної Європи тенденція до змін спостерігалась з середини 1970-х років і ці зміни були досить повільними через брак фінансування і відсутність реального попиту з боку користувачів (пацієнтів та їх родин). В кінці 1980-х і на початку 1990-х років відбулися зміни, що посилили вплив на користувачів, а введення систем страхування здоров'я порушило перспективи застарілої політики в галузі охорони здоров'я і, особливо, психіатрії в сфері надання високого рівня фахової допомоги і можливості ресоціалізації пацієнтів. Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах східної Європи стала результатом ринкової ідеології, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи ОПЗ у світі. Для України надзвичайно важливо враховувати досвід, надбання та проблеми, які виникли при трансформації системи охорони психічного здоров'я в країнах Східної Європи, що буде необхідним на майбутньому шляху розвитку галузі ОПЗ.

References

1. Jankowski K. Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. Państwowy Instytut Wydawniczy; 1976:1-382.
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. The British journal of psychiatry. 2004;185(4): 283-290.
3. Knapp M, McDaid D, Mossialos E. Mentalhealth policy and practice across Europe. McGraw-Hill Education (UK); 2006:60-99.
4. Bilikiewicz T, Gallus J. Psychoterapia polska natledziejowym. Warszawa:PZWL;1962:20-55.
5. Bryndová L, Pavloková K, Roubal T, Rokosova M, Gaskins M. CzechRepublic. Health system review. Health systems in transition. 2009; 11(1):1-122.
6. Dlouhý M, Cosoveanu G, Čizmarík P, Hinkov H. Mental health policies in four eastern european countries. Central European Journal of Public Policy. 2010; 4(2):4-17.
7. Puzynski S, Moskalewicz J. Evolution of the mental health care system in Poland. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001; 104(410): 69-73.
8. Atanasova E, Pavlova M., Velickovski R., Nikov B., Moutafova E., Groot W. What have 10 years of health insurance reforms brought

- about in Bulgaria? Re-appraising the Health Insurance Act of 1998. Health Policy. 2011; 102 (2): 263-269.
9. Sitek M. Politics and Institutions in the Reforms of Health Care in the Czech Republic, Hungary and Poland. Polish Sociological Review.2008;161.
 10. Gaál P, Sziget S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary health system review.Health Systems in Transition.2011; 13(5):1-266.
 11. Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S, Mladovsky P. Romania: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(3): 1-172.
 12. The Psychiatric Society of the Czech Medical Society The Psychiatric Society of the Czech Medical Society: Concept of Psychiatry. Prague; 2000:1-34.
 13. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, № 123, item 776. Warszawa.1997:3735-3749.
 14. Puzyński S, Langiewicz W, Pietrzykowska B. Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2005 r.). Psychiatria Polska; 2006:177-189.
 15. Namysłowska I. Samobójstwa Wśród młodzieży. Medipress Psychiatr Neurol. 1998;2:2-5.
 16. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa; GUS; 2000:1-912.
 17. Pietrzykowska B, Boguszewska L, Karolak H, Szirkowicz W, Skiba K. Zakłady Psychiatrycznej Oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik Statystyczny;1999. Warszawa; Ipin, 2000:1-113.
 18. Rokosová M, Háva P, Schreyoegg J, Busse R. Healthcare systems in transition: Czech Republic;World Health Organization; 2005:1-109.
 19. Höschl C, Winkler P, Pešč O. The state of psychiatry in the Czech Republic. International Review of Psychiatry; 2012; 24(4):278-285.
 20. 20.GUS. Podstawowedane z zakresu ochrony zdrowia w 1999r.Informacje i opracowania statystyczne;Warszawa;GUS; 2000:1-195.
 21. Bitter I, Kurimay T. State of psychiatry in Hungary. International Review of Psychiatry; 2012; 24(4):307-313.
 22. Pfeiffer J, Pec O, Baudis P, Stuchlik J. Politikapece o dusevni zdravi: cesty k jejirealizaci [Mental Health Care Policy in the Czech Republic: Ways to Implementation]; Prague: Centre for Mental HealthCare Development; 2005:1-35.
 23. Ferenzeyi B, Eröss G, Tamasi P. Lostin Translation: From WHO MentalHealth Policy to non-Reform of Psychiatric Institutions; KNOW and POL: Budapest; 2009:1-91.
 24. Balicki M, Leder S, Piotrowski A. Focus on psychiatry in Poland: past and present. The British Journal of Psychiatry; 2000; 177(4):375-381.
 25. Hungarian Ministry of National Resources: Resuscitated HealthCare, Recovering Hungary – Semmelweis Plan for the Rescue of HealthCare - A Professional Concept; Budapest: Hungarian Ministry of National Resources; 2011:63-68.
 26. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Postepy Psychiatr Neurol; 1995;4:321-332.
 27. Mental health atlas 2005; World Health Organization; 2005:1-49.
 28. Atlas: country resources for neurological disorders 2004. Results of a collaborative study of the World Health Organization and the World Federation of Neurology; WorldHealthOrganization;2004:1-59.
 29. Scheffler RM, Potucek M. Mental healthcare reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. Karolinum Press, Prague; 2008:1-258.

Реферат**ТРАНСФОРМАЦИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Макаренко А.Н., Флаерти М., Демидчук А.С.

Ключевые слова: социальная работа, страхование здоровья, политика в области охраны психического здоровья, трансформация.

В результате широкой дискуссии о принципах психиатрической помощи, которая проходила в 1970-е годы в ведущих странах мира, биологический подход в психиатрии было заменено гуманистическим на фоне доминирующей в то время гуманистической психотерапии. Была разработана и предложена новая медицинская политика, направленная на развитие внебольничной помощи путем расширения сети профессиональных поликлиник и небольших профильных отделений охраны психического здоровья в общеклинических больницах. Одновременно были привлечено использование психотерапии и работы психологов в области психического здоровья и в традиционных медицинских учреждениях стран Восточной Европы в 1990-2000 гг., то есть после распада блока стран Варшавского договора. Целью данной работы было изучение процесса трансформации системы охраны психического здоровья в Польше и некоторых странах Восточной Европы. Система охраны психического здоровья основывалась на создании системы крупных больниц с использованием и привлечением общественного ухода. В странах Восточной Европы тенденция к изменениям наблюдалась с середины 1970-х годов и эти изменения были достаточно медленными из-за нехватки финансирования и отсутствия реального спроса со стороны пользователей (пациентов и их семей). В конце 1980-х и в начале 1990-х годов произошли изменения, которые усилили влияние на пользователей, а введение

систем страхування здоров'я порушило перспективи устарівшої політики в області здравоохорони і особливо психіатрії в сфері надання високого рівня професійної допомоги і можливості ресоціалізації пацієнтів. Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах Східної Європи стала результатом ринкової ідеології, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи охорони психічного здоров'я в світі. Еволюція сфери охорони психічного здоров'я в країнах Східної Європи стала результатом ринкової ідеології, а також сучасних технічних і професійних досягнень сучасної системи охорони психічного здоров'я в світі.

Summary

TRANSFORMATION OF THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM

Makarenko O.M., Flaherti M., Demydchuk A.S.,

Key words: social work, health insurance, policy in the field of mental health care, transformation.

As a result of the board discussion on the psychiatric support principles, having occurred in the 1970s in the leading countries of the world, the biological approach in psychiatry had been replaced by the humanistic one against the background of the humanistic psychotherapy, dominating at that time. The new medical policy, aimed at the development of the out-patient care through the expansion of the network of psychiatric policlinics and small profile offices of mental health care in general hospitals was developed and offered. At the same time the psychotherapy and the psychological services in the domain of mental health and in traditional medical settings in Eastern Europe countries were implemented through 1990-2000, that is after the collapse of the Warsaw Pact military alliance. The aim of this work was to study the transformation process of the mental health care system (MHC) in Poland and some countries of Eastern Europe. The mental health care system was based on creation of the network of the large hospitals in the sphere of public care. In the countries of Eastern Europe there was a tendency to changes observed from the middle of the 1970s and these changes were rather slow due to the shortage of financing and the lack of a real demand from the customers (patients and their families). In the late eighties and in the early nineties there were the changes that strengthened the influence on customers; introduction of the systems of health insurance broke the prospects of the outdated policy in the field of health care and especially in mental health and promoted providing of the high level professional help and a possibility of re-socialization of patients. The evolution of the mental health care in the countries of Eastern Europe has been greatly influenced by the market ideology as well as by modern technical and professional achievements of the modern system of the MHC in the world.