

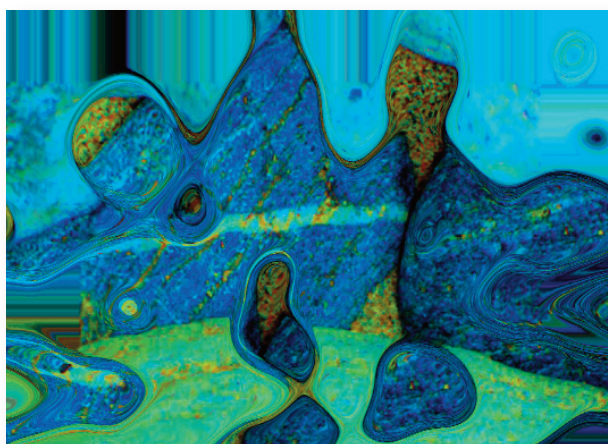


Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Biała Księga

Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce

Raport

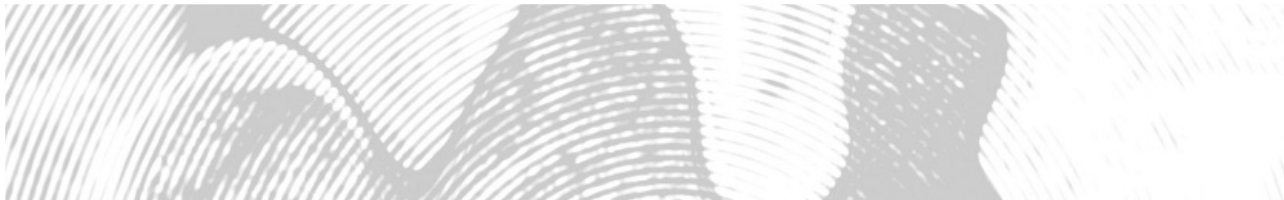


Październik 2011



Autorzy

- **prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiwicz**
- **dr n. med. mgr (ekon.) Dominik Golicki**
- **prof. dr hab. med. Janusz Heitzman**
- **prof. dr hab. med. Marek Jarema**
- **dr n. prawn. Dorota Karkowska**
- **mgr Wanda Langiewicz**
- **dr n. med. Maciej Niewada**
- **dr n. med. Katarzyna Prot-Klinger**



NAJWAŻNIEJSZE PRZESŁANIA

WSTĘP

SCHIZOFRENIA - CHOROBA CZY WYROK

EPIDEMIOLOGIA

ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Opieka ambulatoryjna

Opieka stacjonarna

Oddziały dzienne i inne formy środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych

Leczeni z rozpoznaniem schizofrenii w opiece ambulatoryjnej, stacjonarnej i formach pośrednich w latach 2004 – 2009

Leczeni w opiece psychiatrycznej według wybranych grup rozpoznań

Nakłady finansowe NFZ na świadczenia wybranych grup rozpoznań z zakresu opieki psychiatrycznej

PSYCHIATRYCZNA OPIEKA ŚRODOWISKOWA

Nowe akty promujące rozwój opieki środowiskowej

Przyszłość środowiskowej opieki psychiatrycznej w Polsce

Podsumowanie

EKONOMICZNE ASPEKTY SCHIZOFRENII

Koszty bezpośrednie schizofrenii

Koszty hospitalizacji

Wpływ skutecznego leczenia na koszty hospitalizacji

Hospitalizacja w oddziale dziennym

Opieka środowiskowa

Koszty farmakoterapii

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu refundacji leków psychotropowych

Koszty pośrednie

Koszty schizofrenii ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Koszty ponoszone przez rodziny chorych na schizofrenię

Chorzy na schizofrenię a praca zawodowa

Chorzy na schizofrenię a konflikty z prawem



NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad chorymi na schizofrenię.

SCHIZOFRENIA A SPOŁECZEŃSTWO

ZNACZENIE PIERWSZEJ HOSPITALIZACJI

STYGMATYZACJA CHOROBA PSYCHICZNA

DZISIEJSZE PROBLEMY DIAGNOZOWANIA I LECZENIA SCHIZOFRENII

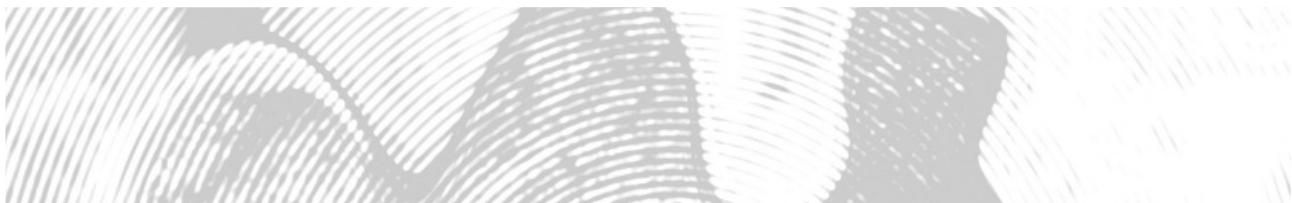
Jak zapobiegać rozwojowi schizofrenii i jak nie dopuszczać w trakcie leczenia do zaostrzenia choroby i nawrotu objawów?

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ OSÓB DOTKNIĘTYCH ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI. PRAWA PACJENTA. STAN PRAWNY

Kluczowe obowiązki władzy publicznej

Prawa pacjenta osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi

Podsumowanie



Najważniejsze przesłania

**prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiwicz – Kierownik Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu
Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Po przeczytaniu tego opracowania, czytelnik powinien wiedzieć:

- jak ważną sferą życia indywidualnego i społecznego jest zdrowie psychiczne,
- co społeczeństwa i instytucje międzynarodowe czynią dla poprawy ochrony zdrowia psychicznego,
- jakie są podstawowe objawy kliniczne schizofrenii,
- jaka jest zapadalność na schizofrenię i jaka jest jej chorobowość w populacji,
- na czym polega opieka nad pacjentami ze schizofrenią w Polsce oraz czego dotyczą zmiany w tym zakresie wprowadzone w ciągu ostatnich lat,
- jak finansowana jest opieka nad pacjentami chorującymi na schizofrenię w Polsce,
- jakie są koszty leczenia schizofrenii i jakie terapie są najbardziej efektywne kosztowo,
- jakie są społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię,
- czym jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego



WSTĘP

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa. Przemiany polityczno-ekonomiczne z końca ubiegłego wieku przynoszą Polsce wiele szans, ale również zagrożeń w sferze społecznej. Zmiany w stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych sprawiają, że zdrowie psychiczne Polaków wystawiane jest na ciągłe próby, którym coraz częściej nie można podołać. W 2006 r. w Polsce pomocy w placówkach psychiatrycznych udzielono ok. 4% ludności (1,5 mln osób), w Europie ok. 11% (Wiórka B, Wiórka J. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, 2008.) Na tę różnicę składają się ograniczenia systemowe i społeczne. Z jednej strony dostępność do porad psychiatrycznych jest ograniczona, z drugiej- ze względu na miejsce osób chorych psychicznie w świadomości społecznej- zgoda i gotowość na korzystanie z tego typu porad niska. Dlatego tak ważne jest zbudowanie optymalnego zintegrowanego systemu opieki i pomocy osobom z chorobami psychicznymi.

Od wielu lat instytucje unijne we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia prowadzą prace, których celem jest wdrożenie nowoczesnych rozwiązań w systemach opieki psychiatrycznej, wprowadzenie narodowych programów opieki psychiatrycznej oraz dokończenie reformy instytucjonalnej opieki psychiatrycznej o korzeniach sięgających czasów wiktoriańskich.

Zdrowie psychiczne więc znalazło się w ostatnich latach na pierwszych miejscach agend spotkań instytucji międzynarodowych. Rozpoczynając od całkowicie poświęconemu tej tematyce raportowi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, przez kolejną publikację WHO z 2003r. *What are the arguments for community-based mental health care?*, kończąc na opublikowanych w 2005r. przez kraje członkowskie Regionu Europejskiego WHO, Unię Europejską i Radę Europy dokumentach *Mental Health Declaration for Europe* oraz *Mental Health Action Plan for Europe*. W odpowiedzi na wezwania zawarte w obu dokumentach Komisja Europejska opublikowała pod koniec 2005r. *Green Paper. Improving the mental Health of the population: Towards a strategy on mental Health for the European Union*. Jest to dokument, który w założeniu ma stanowić podstawę do prac nad wspólną europejską strategią zdrowia psychicznego. Podsumowania dotychczasowych opracowań dokonano w kolejnej publikacji WHO- *Mental Health Policy and Practice cross Europe. The future direction of mental health care*.

Wśród zobowiązań określonych na lata 2005-2015 w podpisanej przez ministrów zdrowia krajów

członkowskich europejskiego regionu WHO deklaracji *Mental Health Declaration for Europe* znalazło się wspieranie rozwoju ośrodków psychiatrii środowiskowej zastępujących opiekę w dużych sprofilowanych ośrodkach psychiatrycznych. (World Health Organization (2005a). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 4.). Deklaracja znalazła swoją kontynuację w przyjętym w 2008 roku Planie Działania (*Mental Health Action Plan for Europe*- Rewolucja Parlamentu Europejskiego). W zakresie opieki psychiatrycznej zaleca się rozwój systemu opartego na ośrodkach psychiatrii środowiskowej wzbogaconych o dostęp do łóżek szpitalnych w szpitalach ogólnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb emocjonalnych, ekonomicznych oraz edukacyjnych rodzin, bliskich i przyjaciół osób chorych, a przez to i same potrzebują pomocy. Wśród proponowanych działań wskazane jest stworzenie ośrodków opieki środowiskowej dostępnych 24godz. na dobę, umożliwiających dostęp do wielospecjalistycznego personelu dla osób z takimi poważnymi chorobami psychicznymi, jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, ciężka depresja lub otępienie. (World Health Organization (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 6-7). W Zielonej Księdze deinstytucjonalizacja i podążanie w rozwoju systemów opieki psychiatrycznej w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, ośrodków środowiskowych i szpitali ogólnych jak również wskazane jako działanie wspierające społeczną integrację osób chorych i jako takie zalecane. (Green Paper (2005). *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*.

Dostępne na: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdg, 11.)

Powyższa analiza dokumentów opracowanych na przestrzeni ostatnich lat jasno wskazuje, że model psychiatrycznej opieki środowiskowej zdefiniowany jako system oparty na podstawowej opiece zdrowotnej, lokalnych ośrodkach środowiskowych ze wsparciem hospitalizacyjnym zapewnianym przez lokalne szpitale ogólne spełnia kryteria skutecznej opieki psychiatrycznej dostosowanej do potrzeb osób chorych i ich bliskich. Jako taki został przyjęty przez instytucje europejskie oraz WHO za optymalny i jest zalecany jako standard dla tworzenia strategii zdrowia psychicznego w państwach członkowskich.

Schizofrenia – choroba czy wyrok

Schizofrenia to choroba psychiczna, która w naszym społeczeństwie wywołuje lęk, ale o jej objawach nie wiemy zbyt wiele. Dotyczy ona 1 proc. społeczeństwa, rozpoczyna się najczęściej dość gwałtownie, ale czasem też powoli, podstępnie.

Charakterystyczny dla schizofrenii jest fakt, że zapadają na nią ludzie młodzi, mężczyźni w wieku 15–24 lat, kobiety do 25.–34. roku życia, a w obrazie chorobowym dominują urojenia i cechy dezorganizacji.

Objawy schizofrenii można podzielić na kilka grup:

- objawy pozytywne (wytwórcze) – to zaburzenia spostrzegania – (omamy) i zaburzenia myślenia (w tym urojenia);
- objawy negatywne – ograniczenie zakresu i różnorodności czynności psychicznych (stąd izolacja, apatia, brak inicjatywy itd.);
- objawy dezorganizacji – to niespójność i niedostosowanie czynności psychicznych;
- objawy afektywne – najczęściej depresyjne.

Schizofrenia przebiega rzutami, tak choruje ok. 80 proc. pacjentów. Udowodniono już, że stosując nowoczesne leczenie i traktując pacjenta jako partnera w leczeniu, można znacznie złagodzić przebieg choroby i umożliwić chorym dość dobre funkcjonowanie osobiste i społeczne.

Dzięki możliwości stosowania nowoczesnej farmakoterapii, edukacji, psychoterapii i socjoterapii rozpoznanie schizofrenii przestanie być wyrokiem skazującym na izolację, wycofanie ze społeczeństwa, załamanie linii życiowej.

W tym opracowaniu chcemy przybliżyć ten problem i perspektywy.

Epidemiologia

Schizofrenia jest najczęstszą ciężką chorobą psychiczną, na którą cierpi lub będzie cierpieła w jakimś momencie swojego życia, jedna na 100 osób. Zapadalność na schizofrenię waha się w granicach od 15 do 30 na 100 tys. osób rocznie¹. Światowe rozpowszechnienie choroby sięga 50 mln pacjentów, z czego 33 mln żyje w krajach rozwijających się.

Skala problemu

- W Wielkiej Brytanii rokrocznie schizofrenię rozpoznaje się u ok. 7 500 pacjentów, co daje zapadalność na poziomie 13/100 tys. ludności.^{2,3}
- W samych Stanach Zjednoczonych na schizofrenię cierpi 2 mln dorosłych Amerykanów, a każdego roku notuje się ponad 100 tys. nowych przypadków zachorowań.
- W Polsce liczba pacjentów ze schizofrenią szacowana jest na ok. 400 tys.⁴

Schizofrenia rzadko rozpoczyna się przed osiągnięciem dojrzałości płciowej, natomiast po wkroczeniu w dorosłość zapadalność gwałtownie rośnie.

Choć ogólna zapadalność w obrębie obu płci jest zbliżona, średni wiek rozpoznania wynosi u mężczyzn 15–24 lat, w porównaniu z 25.–34. rokiem życia u kobiet.⁵ Wcześniejszy początek wiąże się z gorszą prognozą.⁶



Organizacja opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi

mgr Wanda Langiewicz - Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Podstawowym miejscem leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (bez placówek leczenia uzależnień) są poradnie zdrowia psychicznego oraz oddziały opieki całodobowej tj. oddziały psychiatryczne w szpitalach psychiatrycznych i szpitalach ogólnych, a także psychiatryczne zakłady/oddziały o profilu opiekuńczym. Obok tych dwu najpowszechniejszych form, w dużo mniejszym zakresie dostępne są tzw. formy opieki pośredniej tj. oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego i hostele.

Wszystkie wymienione rodzaje opieki udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w tym z najpoważniejszymi, tj. m.in. z rozpoznaniem schizofrenii.

Opieka ambulatoryjna

Najbardziej dostępną formą psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej są poradnie zdrowia psychicznego, funkcjonujące w większości powiatów w kraju. Na koniec 2009 roku w całym kraju funkcjonowało 1109 poradni zdrowia psychicznego (bez poradni dla dzieci i młodzieży), co oznacza że w stosunku do roku 2000 ich liczba nieomal podwoiła się. Znaczący przyrost nastąpił głównie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w większości (78%) z kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia, co oznacza nieodpłatną opiekę, dostępną dla szukających specjalistycznej pomocy psychiatrycznej, w tym także dla chorych na schizofrenię.

Zakres oferowanych świadczeń w poradniach jest niejednakowy. Część z nich dysponuje rozbudowaną ofertą świadczeń, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych, także sesje psychoterapii, sesje wsparcia społecznego oraz wizyty domowe. Inne, zwłaszcza funkcjonujące w formie indywidualnych praktyk lekarskich oferują usługi ograniczone do podstawowego poradnictwa.

Opieka stacjonarna

W liczącej ogółem 31,8 tys. łóżek bazie stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, 22,6 tys. tj., 71% – to łóżka na oddziałach przewidzianych dla dorosłych pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi, w tym schizofrenią (po wyłączeniu oddziałów dla uzależnionych, dla dzieci i młodzieży oraz nerwicowych).

Oddziały te są zlokalizowane:

- w 50 szpitalach psychiatrycznych, – 13,3 tys. łóżek,
- w 87 szpitalach ogólnych, – 5,2 tys. łóżek,
- w 45 zakładach opiekuńczych (ZOL i ZPO) – z 4,1 tys. łóżek.

Mimo malejącej koncentracji łóżek w szpitalach psychiatrycznych, nadal zaledwie 23% funkcjonuje w strukturze oddziałów szpitali ogólnych.

Nowym zjawiskiem ostatnich 10 lat są oddziały niepubliczne, udzielające świadczeń finansowanych także ze środków publicznych. Obecnie funkcjonuje 9 niepublicznych oddziałów psychiatrycznych.

Na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych średnio **co czwarty** pacjent leczy się z powodu **schizofrenii**, natomiast na oddziałach o profilu opiekuńczym prawie **co drugi**, podobnie na oddziałach psychiatrii sądowej.

Oddziały dzienne i inne formy środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych

Dla pacjentów chorych na schizofrenię tzw. pośrednie formy opieki psychiatrycznej mają szczególnie duże znaczenie, ponieważ stanowią rzeczywistą alternatywę leczenia szpitalnego.

Spośród 249 oddziałów dziennych funkcjonujących w 2009 r. – **133 oddziały psychiatryczne** (ogólne, rehabilitacyjne, geriatryczne, opiekuńcze) z **3,1 tys. miejsc**, zapewnia **osobom dorosłym** z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) diagnostykę, leczenie i rehabilitację przez kilka godzin dziennie. Jest to rodzaj opieki szczególnie korzystny, ponieważ odbywa się w miejscu zamieszkania pacjentów, przy zachowaniu istniejących więzi rodzinnych i środowiskowych.

Zespoły leczenia środowiskowego są formą opieki przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o **przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych**, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku. Cechą wyróżniającą pracę **ZLS** są częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów oraz podtrzymywanie kontaktu z pacjentami w różnych formach. W 2009 r. całym kraju działało 45 zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, obejmując opieką rocznie 6,2 tys. osób.

Hostele, to najsłabiej rozwijająca się formą opieki, która polega na prowadzeniu profilowanych programów rehabilitacyjnych, w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania. Pozwala to osobom z zaburzeniami psychicznymi na przywracanie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania. Liczba hosteli pozostaje od lat na prawie niezmiennym, znikomym poziomie (ok. 10 – 15 placówek), najczęściej z powodu braku odpowiednich warunków lokalowych. W roku 2009 na terenie 8 województw zlokalizowanych było 15 hosteli, w których leczyl się 653 osoby.

Pomoc społeczna dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Pomoc społeczna obejmowała w roku 2009:

- 196 domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, w których przebywało 20 396 mieszkańców, w znacznym odsetku chorych na schizofrenię.
- 661 środowiskowe domy samopomocy z 21,4 tys. miejscami, z których korzystają oprócz osób z upośledzeniem umysłowym, także pacjenci chorzy na schizofrenię.
- 101,4 tys. osób korzystało z usług opiekuńczych, w tym ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, o łącznej wartości 424,7 mln zł.

Leczeni z rozpoznaniem schizofrenii w opiece ambulatoryjnej, stacjonarnej i formach pośrednich w latach 2004 – 2009

W informacjach zawartych w Tabeli 1., dotyczących pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zwraca uwagę fakt, że w szpitalach psychiatrycznych ich liczba waha się wokół 30 tys., podczas gdy w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych oraz zakładów opiekuńczych wykazuje pewien wzrost. Wyraźniejszą tendencję wzrostową w tych latach można zaobserwować w odniesieniu do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, ale dotyczy to stosunkowo niewielkich populacji.

Tabela 1. Leczeni z rozpoznaniem schizofrenii wg rodzaju placówek w latach 2004 – 2009

Rodzaj placówki psychiatrycznej	Leczeni z rozpoznaniem schizofrenii					
	2004 r.		2007 r.		2009 r.	
	N ¹ %	% ogółu leczonych	N	% ogółu leczonych	N	% ogółu leczonych
Ogółem zakłady stacjonarne (przypadki) w tym:	45 059	16,5	42 442	15,3	46 044	16,3
Szpitala psychiatryczne	31 394	17,1	28 621	16,1	30 039	17,1
Oddziały szpitali ogólnych	11 958	19,6	11 660	19,0	13 616	21,3
Zakłady opiekuńcze (ZOL, ZPO)	1 623	57,3	2 053	45,1	2 308	43,3
Placówki ambulatoryjne – PZP ² (osoby)	125 118³	10,9	124 394	11,4	131 132	11,8
Oddziały dzienne – (osoby)	2 582	14,5	2 768	13,4	3 529	14,7
Zespoły leczenia środowiskowego (osoby)	1 681	29,7	2 189	42,2	2 335	37,9

¹ w liczbach bezwzględnych; ² bez poradni dla dzieci i młodzieży; ³ dane za rok 2005

Wszystkie dane pochodzą z publikacji: Instytutu Psychiatrii i Neurologii z lat 2000-2010 *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotne – Rocznik Statystyczny*.

Leczeni w opiece psychiatrycznej według wybranych grup rozpoznań

W ogólnej populacji 1 388,2 tys. pacjentów opieki ambulatoryjnej (łącznie z poradniami dla uzależnionych), osoby z rozpoznaniem ze schizofrenii stanowią 9,6% – 132,7 tys. osób, a wśród 209 tys. pacjentów pierwszorazowych – 4,1%, tj. 15,8 tys. osób (Tabeli 2.)

W opiece stacjonarnej odsetek leczonych z powodu schizofrenii jest wyższy i wynosi odpowiednio 16,4 i 6,3%. Wartości tych odsetków wzrastają, a w odniesieniu do opieki stacjonarnej ulegają podwojeniu, jeśli w obliczeniach pominiemy kategorię uzależnionych.

Tabela 2. Leczeni ogółem i po raz pierwszy w opiece ambulatoryjnej i stacjonarnej w 2009 r. według wybranych grup rozpoznań

Rozpoznanie	Leczeni w opiece ambulatoryjnej		Leczeni w opiece stacjonarnej	
	ogółem	po raz I	ogółem	po raz I
Liczbę bezwzględne				
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi	1 388 191	389 351	208 977	86 233
Zaburzenia psych. bez uzależnień w tym:	1 170 409	296 076	120 124	42 206
Zaburzenia organiczne	199 872	43 262	30 395	11 926
Schizofrenia	132 697	15 825	34 282	5 409
Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	50 951	7 926	9 972	3 341
Zaburzenia afektywne	253 895	56 057	17 913	5 996
Pozostałe	532 994	173 006	27 562	15 534
Odsetki				
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi	100,0	100,0	100,0	100,0
Zaburzenia psych. bez uzależnień w tym:	84,3	76,0	57,5	40,9
Zaburzenia organiczne	14,4	11,1	14,5	13,8
Schizofrenia¹	9,6 (11,3)	4,1 (5,3)	16,4 (28,5)	6,3 (12,8)
Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	3,7	2,0	4,8	3,9
Zaburzenia afektywne	18,3	14,4	8,6	7,0
Pozostałe	38,4	44,4	13,2	18,0

¹w nawiasach odsetek do zaburzeń psychicznych bez uzależnień

Wszystkie dane pochodzą z publikacji: Instytutu Psychiatrii i Neurologii z lat 2000-2010 *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotne – Rocznik Statystyczny*.

W 2009 roku przeciętny czas leczenia stacjonarnego osób z rozpoznaniem schizofrenii wynosił prawie 74 dni, przy ogólnej średniej, wyliczonej dla wszystkich zaburzeń – 42 dni. W szpitalach psychiatrycznych czas ten wynosi 66 dni, a w oddziałach szpitali ogólnych – 52 dni. Najdłuższy średnioroczny czas leczenia dotyczy zakładów/oddziałów opiekuńczych, osiągając poziom 300 dni. Uzupełniającą jest w tej sprawie informacja, że średni czas ciągłego leczenia 3 304 pacjentów ze schizofrenią, przebywających w zakładach opieki stacjonarnej dłużej niż rok wynosi 2 767 dni, tj., ponad 7 i pół roku. Prawie wyłącznie odnosi się to do przebywających w zakładach/oddziałach o profilu opiekuńczym.

Nakłady finansowe NFZ na świadczenia wybranych grup rozpoznań z zakresu opieki psychiatrycznej

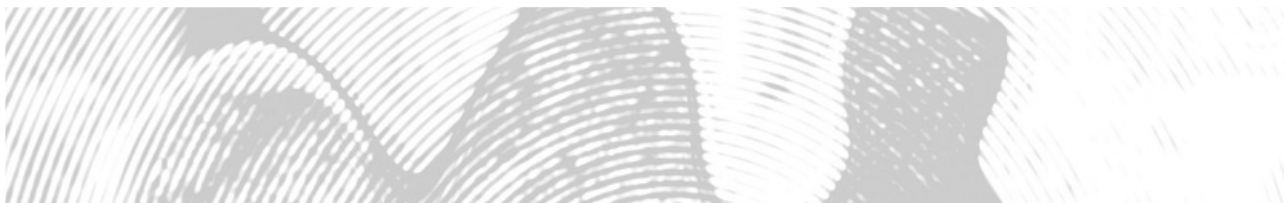
W 2009 roku nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień osiągnęły poziom 1,9 mld zł (bez kosztów leków refundowanych), co stanowiło 3,4% wszystkich kosztów świadczeń zdrowotnych wykazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Największa część z tej kwoty, bo 74% (1,5 mld zł) przypada na opiekę stacjonarną i opiekuńczą.

Leczenie schizofrenii pochłania łącznie 23% (447 mln zł) całości nakładów, z czego na zakłady stacjonarne i opiekuńcze przypada blisko 88%. Wielkość nakładów na schizofrenię czterokrotnie przekracza kwotę przypadającą na pozostałe zaburzenia schizotypowe i ponad dwukrotnie (2,4) – na zaburzenia afektywne. Szczegółowe dane dotyczące struktury kosztów według rodzajów opieki i wybranych grup rozpoznań przedstawia **Tabela 3**.

Tabela 3. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ* w 2009 r. w mln zł według wybranych grup zaburzeń psychicznych

Rodzaj opieki	Wartość świadczeń ogółem	Schizofrenia F20	Zaburzenia schizotypowe F21-F29	Zaburzenia afektywne F30-F39	Zaburzenia organiczne F00-F09	Pozostałe zaburzenia
Ogółem	1 944,0	446,9	108,4	185,0	271,4	932,3
% wg rozpoznań	100,0	23,0	5,6	9,5	14,0	48,0
% wg rodz. opieki	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ambulatoryjna	19,8	6,8	8,6	24,7	13,7	28,2
dzienna, ZLŚ, hostele	6,3	5,5	5,1	7,8	4,7	7,0
stacjonarna	64,7	74,1	75,8	66,1	66,3	58,1
opiekuńcze	9,2	13,6	10,5	1,3	15,3	6,7

*na podstawie materiałów NFZ



Psychiatryczna opieka środowiskowa

**dr n. med. Katarzyna Prot-Klinger – Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego,
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie**

Psychiatryczna opieka środowiskowa jest przede wszystkim sposobem myślenia. Nie jest to określona instytucja ani usługa. Jest to myśl, że człowiek chorujący psychicznie powinien mieć dostęp do tych samych dóbr co inni obywatele. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak szeroko pojętej obecności w społeczeństwie. W tym sensie psychiatria środowiskowa pozostaje w opozycji do psychiatrii instytucjonalnej, której założeniem było długotrwałe lub całkowite odizolowanie chorych w placówce psychiatrycznej (Załużka in. 2007).

Termin psychiatria (opieka) środowiskowa – *community psychiatry, community-based psychiatry, community care*, odwołuje się do psychiatrii zainteresowanej lokalną wspólnotą społeczną, w której żyją chorzy. (Wciórka 2000)

W USA pojęcie psychiatrii środowiskowej wyrosło z nurtu wyodrębniania się ze środowiska szpitalnego, na rzecz opieki realizowanej w środowisku lokalnym. Z początku psychiatria środowiskowa powstała z myślą o zwiększaniu potencjału zdrowia psychicznego w oparciu o lokalną wspólnotę. Ten aspekt pociągał za sobą skupienie się na promocji zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń psychicznych, a nie jedynie na leczeniu.

Cechą szczególną psychiatrycznej opieki środowiskowej jest stałe podążanie personelu za pacjentami, utrzymywanie stałego kontaktu, co zapewnia opiekę ciągłą. Nadrzędną zasadą jest dostosowanie usług do potrzeb pacjenta. Poprzez możliwość częstego kontaktu z terapeutą, środowiskowa opieka chroni przed gwałtownymi nawrotami choroby i sprzyja powrotowi pacjenta do społeczeństwa, a także pomaga mu w podejmowaniu ról społecznych. Podejście środowiskowe zapewnia jasno określoną osobę terapeuty prowadzącego, interwencje mają miejsce przede wszystkim w środowisku pacjenta, rodzina pacjenta jest aktywnie włączana do leczenia.

Zasady leczenia środowiskowego:

- preferowanym miejscem interwencji terapeutycznej jest naturalne środowisko pacjenta,
- istotnym czynnikiem jest rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta i odbudowa systemu oparcia społecznego pacjenta,
- praca terapeutyczna w oparciu o konkretne cele, dążenie do sformułowania kontraktu z pacjentem.

Zespół terapeutyczny cechuje wymiennieść ról, wysoka odpowiedzialność personelu średniego, włączanie nieprofesjonalistów. Proces zastępowania odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki określony został jako deinstytucjonalizacja. Zawiera w sobie trzy podstawowe zadania:

- przeniesienie pacjentów ze szpitala do środowiska
- wstrzymanie przyjęć do szpitala
- rozwój alternatywnych form środowiskowych

Zadania te muszą być realizowane jedno czasowo celem uniknięcia sytuacji „wypisu w pustkę”, bez dostatecznej dostępności ośrodków środowiskowych. Aktualny balans pomiędzy opieką stacjonarną, a środowiskową jest różny w różnych krajach w zależności od różnej tradycji, sytuacji politycznej oraz środków finansowych.

Skuteczna deinstytucjonalizacja wymaga istnienia właściwych ośrodków środowiskowych. Deinstytucjonalizacja dotyczy nie tylko szpitala, ale każdej dużej totalnej instytucji. W opiece psychiatrycznej deinstytucjonalizacja polega na zastępowaniu nie tylko szpitali, ale także dużych domów opieki intensywną opieką w domu chorego lub innymi środowiskowo zorientowanym formami (opieka rodzinna, mieszkania grupowe, hostele, rodzinne domy opieki, całodobowe środowiskowe domy samopomocy). W Polsce założenia reformy ujętej w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP 2007), obejmują deinstytucjonalizację realizowaną poprzez ograniczenie liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych do 300. Zamiast łóżek w dużych instytucjach zaleca się otwieranie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Leczenie psychiatryczne powinno odbywać się poza szpitalem, w specjalnie do tego celu stworzonych ośrodkach obejmujących poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego lub domowego, a także mieszkania terapeutyczne. Plan reformy zakłada także tworzenie i zapewnianie pacjentom wspieranych form zamieszkania, rehabilitację oraz zatrudnienie w warunkach chronionych, w lokalnym środowisku. W myśl odejścia od instytucjonalizacji, tworzy się model społeczności terapeutycznej. Wszystkie wymienione postulaty reformy psychiatrycznej zmierzają w kierunku humanitarnego i partnerskiego podejścia do osoby chorej. Priorytetem reformy jest dostarczanie opieki w najmniej restrykcyjnym otoczeniu, zaangażowanie chorych i ich rodzin w rozwijanie usług, i prowadzenie własnej opieki.

Pomimo zmian i rozwoju placówek środowiskowych w Polsce nadal dominuje model „szpitalocentryczny” z towarzyszącą opieką poradnianą i brakiem możliwości realizowania przez poradnie opieki czynnej rozumianej jako aktywne podążanie za pacjentem i jego potrzebami. Zespoły opieki środowiskowej są nieliczne i mają marginalne znaczenie.

Tradycyjnie dobrze osadzonym w polskiej psychiatrii środowiskowej elementem są oddziały dzienne, jednak zbyt często bardziej przynależą do szpitala niż do poradni czy innych form opieki środowiskowej.

Podstawowym problemem wydaje się stale dominujący model myślenia zakładający priorytet opieki instytucjonalnej – szpitalnej, bądź innej długoterminowej (Domy Pomocy Społecznej, Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze) i ewentualne „dobudowywanie” elementów środowiskowych.

Narodowy Program opisuje sytuację opieki środowiskowej w Polsce:

„W wielu rejonach kraju opieka psychiatryczna ograniczona jest do możliwości leczenia wyłącznie w poradni bądź na oddziale szpitalnym. Niedostatek tych nowoczesnych, form, stanowiących podstawę środowiskowego modelu opieki jest barierą opóźniającą możliwości jego wprowadzenia. Zmiana tej tendencji wymaga ustanowienia zdecydowanych bodźców organizacyjnych do ich powstawania oraz możliwości pozyskiwania środków finansowych na działanie i rozwój. Bez takich działań opieka psychiatryczna w Polsce pozostanie anachroniczna i niesprawna.”

Nowe akty prawne promujące rozwój opieki środowiskowej

Początek XXI wieku to dla psychiatrii środowiskowej olbrzymia zmiana wynikająca z międzynarodowego uznania jej za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej. Znajduje to wyraz w wielu deklaracjach WHO oraz Komisji Europejskiej. Raport WHO (WHO 2001) zaleca stały wysiłek w kierunku przeniesienia miejsca leczenia pacjenta ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej argumentując, że opieka ta wiąże się z wyższą jakością życia, gwarantuje lepsze respektowanie praw człowieka oraz lepszy bilans kosztów i korzyści.

1. Wytyczne WHO (WHO 2003) „Organizacja Ośrodków Zdrowia Psychicznego” – „Opieka nad zdrowiem psychicznym powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. Duże i scentralizowane instytucje psychiatryczne powinny być zastąpione przez bardziej dostosowane do potrzeb ośrodki zdrowia psychicznego.”
2. Podpisana przez Ministrów Zdrowia europejskiego regionu WHO Deklaracja Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) stanowi: „My Ministrowie Zdrowia Państw Członkowskich Europejskiego Regionu WHO zobowiązujemy się popierać (...) rozwój ośrodków środowiskowych mających zastąpić opiekę dużych instytucji nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”.
3. Towarzyszący powyższej deklaracji Plan Działania Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” 2005) zawiera w sobie dział zalecający „Zapewnienie efektywnej opieki środowiskowej dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego”. W dziale tym zalecane jest „zaplanowanie i wdrożenie specjalistycznych ośrodków opieki środowiskowej, dostępnych 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, z personelem różnych profesji dla opieki nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego jak schizofrenia, psychoza maniako-depresyjna, ciężka depresja lub otępienie.”
4. Zielona Karta („Poprawa Zdrowia Psychicznego Ludności.” 2005): „Deinstytucjonalizacja oraz wprowadzenie usług (psychiatrycznych) do opieki podstawowej, łatwo dostępnych ośrodków opieki środowiskowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych stanowi o promocji włączania społecznego. Duże szpitale psychiatryczne lub instytucje („azyle”), które oddzielają usługi psychiatryczne od innych usług medycznych sprzyjają stygmie. W szczególności dla niektórych z nowych Państw

Członkowskich te duże instytucje stale stanowią dużą część infrastruktury opieki psychiatrycznej.”

5. Europejski Pakt dla Zdrowia Psychicznego („Razem na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego” 2008) zaleca:

- zwalczanie stygmy i wykluczenia społecznego
- kampanie przeciwko stygmie
- promocję kontaktów osób chorujących psychicznie z mediami, w szkole i w pracy
- zachowanie właściwej równowagi pomiędzy psychiatrią instytucjonalną, a środowiskową
- poprawienie dostępu osób z problemami psychicznymi do zatrudnienia

6. W Polsce idee te ogólnie zawarte w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) zostały przełożone na praktyczne rozwiązania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jednym z podstawowych celów Programu jest: „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
- udziału w życiu zawodowym
- koordynacji różnych form opieki i pomocy”

Przyszłość środowiskowej opieki psychiatrycznej w Polsce

1. Zgodnie z NPOZP ważnym celem reformy jest utworzenie **Centrów Zdrowia Psychicznego** zapewniających opiekę dla mieszkańców określonego terytorium. Centra mają spełniać podstawowe zasady zalecane wobec ośrodków psychiatrycznych przez WHO: dostępność, równy dostęp do świadczeń, koordynację i ciągłość opieki. Poza zapewnieniem opieki psychiatrycznej na danym terenie centra powinny uruchamiać inicjatywy i zasoby społeczne lokalnej społeczności celem przeciwdziałania wykluczenia i stygmatyzacji chorych psychicznie i ich integracji społecznej. Według NPOZP Centrum zapewnienia opiekę dla co najmniej 1500 osób dorosłych, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy). Centrum Zdrowia Psychicznego składa się co najmniej z:

- **zespołu ambulatoryjnego** w ramach którego udzielane są porady lekarskie i psychologiczne, prowadzona indywidualna i grupowa psychoterapia, wykonywane są czynności pielęgniarskie oraz interwencje socjalne
- **zespołu środowiskowego** sprawującego aktywną opiekę nad pacjentami ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów często hospitalizowanych, z małą motywacją do leczenia lub innych przyczyn wymagających wizyt domowych (niesprawność fizyczna, potrzeba pracy z całą rodziną)

- **zespołu dziennego** obejmującego pacjentów hospitalizacją dzienną jako alternatywą do hospitalizacji całodobowej lub w celach rehabilitacyjnych
- **zespołu szpitalnego** zapewniającego dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Istotne jest, że w odróżnieniu od dużych szpitali psychiatrycznych opiekę tą powinny sprawować oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, tak więc konieczne jest tworzenie takich oddziałów. Leczenie pacjentów na oddziałach w szpitalach ogólnych przyczynia się do destygmatyzacji psychiatrii i leczenia psychiatrycznego. Oddziały te są idealnym miejscem do kształcenia zarówno personelu psychiatrycznego jak i i pielęgniarek opieki podstawowej w zakresie zaburzeń psychicznych, co przyczynia się do integracji leczenia psychiatrycznego z leczeniem somatycznym. Tak zlokalizowane oddziały psychiatryczne nie mogą stanowić miejsc długiego pobytu pacjenta i mają naturalną tendencję do wspierania inicjatyw środowiskowej opieki nad pacjentem.
- Celem tak skonstruowanego Centrum jest ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji, a tym samym kosztów opieki psychiatrycznej.

2. Integracja leczenia psychiatrycznego z leczeniem somatycznym powinna odbywać się na wielu poziomach. Jednym z nich jest wspomniana powyżej integracja w ramach szpitala. Kolejnym krokiem jest integracja w zakresie opieki podstawowej. Lekarz rodzinny jest często postrzegany przez pacjenta, jako nieobarczony stygmatem psychiatrii, a więc włączenie lekarzy rodzinnych może powodować szybsze wykrywanie zaburzeń psychicznych i większą współpracę pacjentów w leczeniu. Lekarz rodzinny mając pod opieką społeczność lokalną i przeprowadzając wiele interwencji w domu często lepiej rozumie kontekst środowiskowy od specjalistów – psychiatrów. Tak więc podstawowym zadaniem byłoby systematyczne i ciągłe kształcenie personelu opieki podstawowej oraz ustalenie możliwości stałego wsparcia i konsultacji lekarzy rodzinnych przez psychiatrów z Poradni Zdrowia Psychicznego. Kolejnym problemem jest obserwowany na całym świecie gorszy stan somatyczny osób chorujących psychicznie w stosunku do populacji ogólnej oraz większe ryzyko przedwczesnej śmierci u tych pacjentów (Weiser i in. 2009). W przypadku schizofrenii śmiertelność ogólna jest dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej, z czego poniżej połowa zgonów spowodowana jest samobójstwem lub wypadkiem. Ponad połowa osób chorujących na schizofrenię cierpi na inną chorobę przewlekłą – przede wszystkim cukrzycę, choroby serca, nadciśnienie, osteoporozę, choroby układu oddechowego i otyłość. Przyczynami tego stanu są z jednej strony efekty uboczne leków psychotropowych, z drugiej tryb życia (palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak ćwiczeń fizycznych, nadużywanie alkoholu)) oraz warunki życiowe (niezdrowe środowisko, brak właściwego miejsca zamieszkania) osób chorujących psychicznie. Próba usystematyzowanego, zintegrowanego podejścia do promocji zdrowia wśród osób chorujących psychicznie jest międzynarodowy program HELPS, w którym brali też udział badacze z Polski (Lech K i in. 2010). Wyniki badania w Polsce wykazały niedostrzeżenie przez lekarzy prowadzących choroby fizycznych u osób leczących się psychiatrycznie. Zarówno w Poradni Zdrowia Psychicznego, jak w szpitalach psychiatrycznych dane dotyczące stanu fizycznego pacjentów leczących się psychiatrycznie często są pomijane. Także lekarze ogólni widzą chorego przez pryzmat jego zaburzeń psychicznych lekceważąc

zgłaszane objawy choroby somatycznej. Chorzy oraz profesjonaliści w grupach fokusowych podkreślają, jak ważne jest wdrażanie programów prewencyjnych dostosowanych do osób chorujących psychicznie. Badania zaowocowały pierwszym takim polskim programem.

3. Istotne jest **wdrożenie różnych form opieki domowej** w oparciu o zespoły leczenia środowiskowego. Jakkolwiek idea wizyt domowych u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi datuje się podobnie, jak inne formy psychiatrii środowiskowej od lat 60. to jako znaczący moment w upowszechnianiu tej formy opieki przyjmuje się publikację opisującą korzyści wynikające z prowadzenia pacjentów w systemie TCL (*training in community living*) (Stein i Test 1980). Stein uważa, że celem intensywnego leczenia w środowisku jest:

- utrzymanie regularnego i częstego kontaktu
- dla monitorowania stanu psychicznego pacjenta
- dla zapewnienia efektywnego leczenia i rehabilitacji.

Celem tej formy opieki jest włączenie i utrzymanie w leczeniu najbardziej „trudnych”, czy też często wypadających z leczenia pacjentów. Są to osoby z reguły młode, często mężczyźni wielokrotnie hospitalizowani z powodu psychozy. Rzadziej klientami zespołów są osoby po pierwszym rzucie psychozy, raczej trafiają pod taką opiekę po kolejnym zachorowaniu, w pierwszych 10-15 latach trwania psychozy. Intensywne leczenie środowiskowe stanowi program pomocy wymagający specjalistycznego zespołu, w skład którego wchodzi przede wszystkim pracownicy socjalni oraz środowiskowe pielęgniarki psychiatryczne, a także psychologowie, terapeuci zajęciowi, psychiatry. Wśród standardów tej opieki wymienia się pomoc osobom z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, interdyscyplinarny personel, niską proporcję pacjentów do personelu oznaczającą maksymalnie między 12, a 15 osób pod opieką jednego terapeuty. Badania nad skutecznością tej formy opieki pokazują, że przyczynia się ona do dużego zmniejszenia prawdopodobieństwa hospitalizacji (Salkever i in. 1999) również czasu jej trwania (Scott i in. 1995). Pacjent pod opieką zespołu pozostaje około 5-6 lat po czym zostaje przekazany pod opiekę ambulatorium lub zespołu świadczącego mniej intensywną opiekę.

4. Konieczny jest wspólny program organizacji rządowych i pozarządowych **tworzenia mieszkań chronionych** i innych placówek stanowiących alternatywę wobec Domów Opieki Społecznej. Jednym z najważniejszych elementów reformy psychiatrycznej jest zapewnienie osobom chorym możliwości zamieszkania w normalnym otoczeniu, z elastycznym wsparciem. Wpływa to korzystnie na stan chorych i sprzyja integracji w środowisku lokalnym (Prot 2011). Osoby, których objawy choroby i zachowanie nie pozwalają na niezależne mieszkanie, powinny otrzymać możliwość zakwaterowania w mieszkaniach terapeutycznych oferujących wysoki poziom wsparcia.

Rodzaj tworzonych domów i programów zamieszkania koresponduje z poglądami dotyczącymi choroby psychicznej oraz celami leczenia czy opieki nad ich mieszkańcami. I tak, po deinstytucjonalizacji w wielu krajach dominującą formą były placówki opiekuńcze (hostele) zapewniające żywienie, utrzymywanie porządku, czystości. Placówki te uwzględniały deficyty osób

chorujących, zapewniały im opiekę, ale nie rozwój. Kolejną formą było tak zwane „zamieszkanie wspierające” w postaci domów lub mieszkań zamieszkiwanych grupowo (z reguły od dwóch, trzech osób w mieszkaniach i do ośmiu w domach). W tej formie podstawowy nacisk kładzie się na odbudowanie umiejętności społecznych u ich mieszkańców. Oznacza to, że nadal postrzegani są z perspektywy deficytu, ale widzi się ich możliwości rozwojowe. Mieszkańcy tworzą z pomocą terapeutów społeczność terapeutyczną, w której podstawowym celem jest rehabilitacja. Nowym podejściem jest koncepcja „zamieszkanie wspierane” polegająca na zależnym od potrzeb wsparciu udzielanym w różnych formach zamieszkania. Wsparcie jest związane z użytkownikiem, a nie z miejscem i „wędruje” za nim. Istotą tego podejścia jest konieczność dokonywania samodzielnych wyborów, a nie „przydzielanie” do określonej formy opieki. Ta forma pomocy ma prowadzić do „umacniania” oraz integracji społecznej rozumianej jako nie tylko „bycie w społeczeństwie”, ale stanowienie „części społeczeństwa”. Badania potwierdzają, że ta forma jest oceniana przez użytkowników jako mniej stygmatyzująca, bardziej sprzyjająca nie integracji wewnątrz domu czy mieszkania, ale z sąsiadami.

W obecnej sytuacji kiedy czas „pełnopłatnego” przez NFZ okresu pobytu pacjenta w oddziale jest krótki jedynym wyjściem staje się skierowanie pacjenta do innej instytucji. Z reguły pacjent otrzymuje miejsce w placówce oddalonej od domu i rodziny, następuje zerwanie więzi ze środowiskiem, nie ma mowy o ciągłości leczenia, czy oddziaływań psychospołecznych. Stworzenie różnych form chronionego zakwaterowania dawałoby szansę na pozostawanie pacjentów w dotychczasowym środowisku, gdzie może być nadal prowadzona rehabilitacja mająca na celu powrót pacjenta do samodzielności, a nie tylko działania opiekuńcze. Program ten wpisuje się w promowane przez NPOZP działania w zakresie upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Dotyczą one przede wszystkim pomocy bytowej (w tym upowszechnienia usług specjalistycznych) oraz mieszkaniowej.

Postulatem NPOZP jest **poszerzenie dostępności rehabilitacji zawodowej** oraz działania w zakresie upowszechniania udziału osób chorujących w życiu zawodowym. Bauman (2004) twierdzi, że podstawową cechą wyłączenia ze społeczeństwa staje się pozbawienie wykluczonych możliwości pracy. Aby więc włączenie społeczne w stosunku do chorych psychicznie mogło się powieść trzeba dać osobom tym szansę zarobienia na swoje utrzymanie. Przyznawanie rent i zasiłków społecznych nie jest działaniem wystarczającym. Po pierwsze utrzymuje osoby chorujące w sferze biedy. Badania wskazują na związek ubóstwa z przebiegiem schizofrenii – choroba przebiega gorzej u osób żyjących w biedzie, a tzw. „negatywne objawy choroby” są także cechami towarzyszącymi długotrwałemu ubóstwu (brak inicjatywy, zainteresowań, energii życiowej) (Cohen 1993).

Po drugie praca pełni poza źródłem dochodu ważną funkcję psychologiczną. Jest istotnym elementem poczucia tożsamości oraz możliwości kształtowania rzeczywistości. Badania nad bezrobociem wskazują, że osoby pozbawione pracy tracą poczucie czasu i przestrzeni, tracą związek z realnością, wpadają w „błędne koło depresyjne” (Negt 2005). Bezrobocie działa szczególnie destrukcyjnie na osoby chorujące psychicznie poprzez utratę struktury, celu oraz

identyfikacji (Rowland, Perkins 1988). Obszar pracy jest postrzegany przez społeczeństwo w Polsce jako obszar najsilniejszej dyskryminacji osób chorych. 83% respondentów w badaniach CBOS-u (2005) uważa, że chorzy psychicznie traktowani są gorzej niż inni w dostępie do pracy i zatrudnienia. Stopa bezrobocia osób chorych psychicznie przewyższa znacznie stopę bezrobocia osób niepełnosprawnych ogółem (34,1% w stosunku do 16,8 % w 2000 roku) (Wojtowicz-Pomierna 2005).

Osoby chorujące psychicznie powinny być włączane są w programy rehabilitacji społeczno-zawodowej, której kolejnymi etapami są (Cechnicki, Kaszyński 2005):

- terapia zajęciowa
- warsztaty terapii zajęciowej
- chronione miejsca pracy w firmie społecznej
- zakład aktywności zawodowej
- zatrudnienie wspierane na chronionym i otwartym rynku pracy

Wieloletnie doświadczenia pracy z pacjentami w środowisku pokazują jak trudne jest przejście do tego ostatniego etapu stanowiącego koniec procesu rehabilitacyjnego. Pytanie jest na ile wynika to z trudności osób chorujących w sprostaniu warunkom pracy, na ile jest to związane ze zjawiskiem wykluczania i stygmatyzacji. Według badań CBOS-u (2005) większość ankietowanych (63%) nie miałaby zastrzeżeń, aby osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym była bliskim współpracownikiem. Wyraźny sprzeciw (ponad 70% respondentów) budzi powierzanie osobom z doświadczeniem choroby ról związanych ze szczególną odpowiedzialnością (funkcji opiekuńczych wobec dzieci, roli lekarza oraz ważnych funkcji we władzach). Z kolei 95% pracodawców nie widzi możliwości zatrudnienia osób ze schizofrenią na jakimkolwiek stanowisku (Wojtowicz-Pomierna 2005).

NPOZP postuluje” dostosowywanie regulacji prawnych do potrzeb zawodowych osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych – tworzenie podstaw prawnych do rozwoju różnych form dotowanego zatrudnienia na otwartym rynku pracy oraz zróżnicowanych i zindywidualizowanych form rehabilitacji społeczno-zawodowej”.

6. Powyższe działania są możliwe jedynie przy **zmianie modelu finansowania**, jeżeli istniejące zasoby ludzkie i finansowe zostaną przesunięte z dużych szpitali psychiatrycznych do opieki psychiatrycznej w opiece podstawowej oraz do ośrodków psychiatrycznej opieki środowiskowej. NFZ musi wypracować model finansowania, który będzie zniechęcał do opieki w wyspecjalizowanych instytucjach psychiatrycznych, a promował opiekę w szpitalach ogólnych i w środowisku. Jak widać po dotychczasowych doświadczeniach skracanie czasu pobytu w szpitalu bez alternatywy środowiskowej powoduje powstawanie różnych instytucji długiego pobytu czyli transinstytucjonalizację. NPOZP zaleca dostosowanie sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych do wymagań środowiskowego modelu opieki.

7. Istotnym czynnikiem jest także **wzrost roli organizacji pacjentów i ich rodzin** zgodnie z hasłem „nic o nas bez nas”.

Ideą grup samopomocowych pacjentów jest współodpowiedzialność za zdrowienie innego członka grupy-społeczności. W ostatnim dwudziestolecu przede wszystkim w USA, ale także w niektórych krajach Europy osoby z doświadczeniem choroby psychicznej mają realny wpływ na kształt opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej do nich adresowanej, a także na badania naukowe w tym obszarze (Campbell 2005). W wielu krajach powstają alternatywne do tradycyjnego modelu medycznego programy prowadzone przez organizacje pacjentów. Najważniejszą cechą takich programów jest kontrola przez konsumentów zarówno kierownictwa jak i personelu oraz budżetu. Podstawową zasadą tych programów to bezpieczeństwo środowiska leczącego, które ma stanowić środowisko leczące wobec poprzednich, często traumatyzujących doświadczeń ze strony systemu psychiatrycznego. Uczestnicy sami określają zasady i normy zachowania dla ochrony swojego bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia. Podstawową wartością jest samopomoc. Konsumenci/ocalali wierzą, że pomaganie innemu w osiągnięciu zdrowienia (*recovery*) wspomaga zdrowienie wszystkich osób będących w tej relacji. Ideologia „zdrowienia” stworzona została przez osoby doświadczone przez psychozę, jako odpowiedź na zachowawczy system opieki psychiatrycznej i pozostaje w opozycji do koncepcji biomedycznej uznającej za wyzdrowienie eliminację objawów. W tym rozumieniu zdrowienie jest procesem, a nie rezultatem i każdy może je określać na swój sposób, stawiać sobie własne cele (Jacobson 2001). Za podstawę procesu zdrowienia uważa się umacnianie (*empowerment*). Umocnienie jest poczuciem osobistej siły i efektywności, poczuciem uzyskiwania kontroli nad swoim życiem (Anczewska i in. 2007). Umocnienie związane jest z nadzieją – elementem niezbędnym dla niezależnego życia i zdrowienia. Źródło umocnienia w programach prowadzonych przez pacjentów jest związane z poczuciem sprawstwa i wpływu na rzeczywistość. Istotna jest także przynależność do zorganizowanej grupy uznawanej przez szerszą społeczność. Aktualnie wiele programów prowadzonych przez użytkowników nie stawia się w opozycji do profesjonalnego systemu leczącego ani nie uważa się za leczenie alternatywne. Ich uczestnicy korzystają zarówno z profesjonalnego jak i z nieprofesjonalnego systemu leczenia.

Programy prowadzone przez osoby z doświadczeniem psychozy stanowią wartościowe uzupełnienie dla tradycyjnego systemu leczenia. Z jednej strony często korzystają z nich osoby odmawiające leczenia psychiatrycznego w placówkach leczenia psychiatrycznego, z drugiej koncentrując się na mocnych stronach, na zdrowieniu, a nie na diagnozie „choroby” mają większe sukcesy we wspomaganiu niezależności. Zagrożeniem dla ruchu samopomocowego jest biologiczny model psychiatrii, który wpływa na postrzeganie osób chorujących jako trwale zmienionych, niezdolnych do rozpoznawania swoich potrzeb, w szczególności potrzeby leczenia farmakologicznego. Jest to konsekwencja wpływu firm farmaceutycznych, zainteresowanych promocją koncepcji biomedycznej choroby (Chamberlin 1988).

Organizacje samopomocowe działające w Polsce w większym stopniu są organizacjami współpracującymi z systemem leczącym, dążącymi do zmiany w kierunku destygmatyzacji, tworzenia miejsc pracy, ale nie negującymi samej koncepcji choroby psychicznej. Jest to przypuszczalnie

związane z historią tworzenia się tych organizacji. Powstawały, podobnie jak inne organizacje społeczne w Polsce na fali zmian społecznych i poczucia jedności po zmianach 89 roku. Często inspirowane były przez środowiskowo pracujących psychiatrów i psychologów, jako organizacje pacjentów, rodzin i przyjaciół osób chorujących psychicznie z ideą wspólnego działania na rzecz upowszechniania psychiatrii środowiskowej, działań edukacyjnych i destygmatyzacyjnych. Obecnie „emancypują” się od „rodziców i przyjaciół” (jak np. krakowska organizacja „Otwórzcie Drzwi”), samodzielnie realizują granty dotyczące aktywizacji zawodowej oraz edukacji społecznej dotyczącej problemów związanych z chorobą psychiczną (Cichocki i in. 2009, Liberadzka 2010). Nie rezygnują jednak ze współpracy z systemem leczącym.

Możemy sobie zadać pytanie czy ta „polska droga” jest drogą dobrą i słuszną. Co tracimy nie mając organizacji podważających samą ideę leczenia psychiatrycznego i nazywania „innych” „chorymi”? Na pewno sytuacja ta nakłada większe zobowiązanie na profesjonalistów, żeby słyszeć jeszcze słaby głos osób nie godzących się z rolą chorego.

Podsumowanie:

- 1. System psychiatryczny w Polsce stoi przed wyzwaniem zmiany z systemu instytucjonalnego do środowiskowego. Konieczne jest stworzenie systemu „zorientowanego na odzyskiwanie zdrowia”** (Davidson 2006). Jest to system interwencji i wsparcia zbliżony do pozapsychiatrycznego systemu leczenia, z którego można korzystać kontynuując swoje inne aktywności życiowe. Niektórzy pacjenci uzyskują wyzdrowienie, pozostała część zyskuje dostęp do wsparcia środowiskowego pozwalającego na włączanie choroby do ich życia jako elementu wielowymiarowej egzystencji.
- 2. Zdrowienie odbywa się poprzez postrzeganie choroby jako części siebie, a nie definicji całości oraz poprzez „umacnianie” – nabieranie autonomii, odwagi i odpowiedzialności.** Ważne jest nie tylko tworzenie właściwego systemu, ale promowanie w nim „pozytywnej kultury leczenia” opartej na tolerancji, słuchaniu, empatii, bezpieczeństwie i zaufaniu. Zasadniczy do osiągnięcia tego celu jest rozwój relacji współpracy pomiędzy pacjentami, a profesjonalistami.

Bibliografia:

1. Anczewska M., Wciórka J. Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia. IPIŃ. Warszawa. 2007
2. Bauman Z. Życie na przemiał. Wydawnictwo Literackie. Kraków 2004
3. Campbell J. The historical and philosophical development of peer-run support programs. W: S. Clay, B. Schell, P. W. Corrigan & R. O. Ralph (red.), On our own together: Peer programs for people with mental illness (s. 17 – 64). Nashville: Vanderbilt University Press. 2005.
4. Chamberlin J. On our own. National Empowerment Center. 1988.
5. Cichocki Ł., Cechnicki A., Bielańska A., Kaszyński H., Liberadzka A. Jak uczyć Innych o Nas, czyli edukacja w duchu Kępińskiego. XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich. Poznań 23-26.06.2010
6. Cechnicki A., Kaszyński H. (red.) Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie. Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO Kraków. 2005.
7. Centrum Badania Opinii Społecznej. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie, komunikat z badań, Warszawa, lipiec 2005.

8. Centrum Badań Opinii Społecznej. Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne?, komunikat z badań, Warszawa, lipiec 2005.
9. Cohen C. „Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy. Hospital and Community Psychiatry 1993, 44, 951-958.
10. Davidson L., O'Connell, Tondora J., Styron T., Kangas K. The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation Psychiatric Services 2006, 57, 640-645.
11. Jacobson N., Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. Psychiatric Services 2001., 52, 482-484.
12. Lech K., Prot K. Poprawa świadomości i zdrowia fizycznego osób chorujących psychicznie- europejski, wielośrodkowy projekt HELPS. Psychiatr. Pol., 2010, supl. 3, s. 124-125.
13. Liberadzka A. Opuścić przystań. Dla Nas 2009, 19, 8-9.
14. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt). Warszawa, 18 grudnia 2006 (z poprawkami z kwietnia 2007). Dostęp: <http://www.ipin.edu.pl/wordpress/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego/> Wciórka J, Boguszewska L, Brodński W, Czabała Cz, Jarema M, Langiewicz W, Prot K, Pużyński S, Słupczyńska E.
15. Negt O. Praca, a godność człowieka W: Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie red. A. Cechnicki, H. Kaszyński Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO Kraków 2005, 31-37.
16. „Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy. IPIŃ. Warszawa 2005
17. Poprawa Zdrowia Psychicznego Ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej. Zielona księga. Komisja Wspólnot Europejskich. 2005. Dostęp: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf
18. Prot K. Od azylu, poprzez dom wariatów do domu własnego. Konteksty. Polska sztuka ludowa. 2011, w druku.
19. Razem na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego. Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego. 2008. (dostęp: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_pl.pdf)
20. Rowland L. A., Perkins R. E. You can't eat, drink or make love eight hours a day. The value of work in psychiatrii. Health Trends 1988, 20, 75-79.
21. Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. Health Services Research 1999; 34: 577-601.
22. Scott J, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1995; 24: 657-668.
23. Stein LI, Test MA. Alternative to Mental Hospital Treatment. I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37: 392-397.
24. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535)
25. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000; 9: 319-337.
26. Weiser P, Becker T, Losert C. in. European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods.; BMC Public Health 2009,9,1-9
27. Wojtowicz-Pomierna A. Sytuacja chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty. W: Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie red. A. Cechnicki, H. Kaszyński Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO Kraków 2005, 79-91.
28. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health; new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization. 2001.
29. World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva. World Health Organization 2003.
30. Załuska M., Prot K., Bronowski P. Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. IPIŃ. Warszawa 2007.



Ekonomiczne aspekty schizofrenii

dr n. med. Maciej Niewada – Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr n. med. mgr (ekon.) Dominik Golicki – Zakład Farmakoeconomiki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Badania potwierdzają znaczne następstwa ekonomiczne związane z zachorowalnością na schizofrenię.¹⁻⁹ Według analiz pochodzących z różnych krajów, koszty schizofrenii pochłaniają średnio około 1,1% wydatków na opiekę medyczną, przy czym odsetek ten waha się od 0,9 do nawet 3%. W świetle tych liczb dość oczywiste jest twierdzenie, iż nieprawidłowe, nieskutecznie chroniące przed nawrotami i zaostrzeniami choroby, leczenie chorych na schizofrenię powoduje poważne konsekwencje, także ekonomiczne.

Schizofrenia jest schorzeniem psychiatrycznym o jednym z największych kosztów leczenia. Wśród wielu czynników, które decydują o takim stanie rzeczy należy wymienić:

- stosunkowo wysoką chorobowość,
- początek choroby we wczesnym wieku dorosłym,
- przewlekły charakter schorzenia z częstymi nawrotami,
- potrzebę leczenia szpitalnego lub opieki stacjonarnej, nierzadko o przedłużonym charakterze w przypadku około 15–20 % chorych,
- wzrastające zapotrzebowanie na opiekę ambulatoryjną, pomoc środowiskową i nadzór środowiskowy,
- współwystępowanie innych chorób, takich jak gruźlica, cukrzyca, choroby układu krążenia, uzależnienie od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych,
- trudności w nawiązaniu aktywnej współpracy terapeutycznej z pacjentami, niestosowanie się przez pacjentów do zaleceń lekarza i przerywanie farmakoterapii,
- negację własnej osoby i brak dbałości o zdrowie,
- konieczność przewlekłego leczenia nawet tych chorych, którzy funkcjonują jak zdrowi, a nawroty miewają rzadko,

- częstsze zaangażowanie w sprawy karno-prawne i związane z tym następstwa.

Całkowite koszty schizofrenii obejmują koszty bezpośrednie (wydatki na opiekę nad chorymi ze schizofrenią) i pośrednie (straty spowodowane nieobecnością w pracy i utratą produktywności z powodu samej choroby i przedwczesnej śmiertelności) oraz niewymierne, związane z bólem i cierpieniem spowodowanym przez chorobę (te ostatnie z uwagi na swój trudno kwantyfikowalny charakter nie są przedmiotem opracowań ekonomicznych).

Koszty bezpośrednie schizofrenii

Bezpośrednie koszty medyczne leczenia schizofrenii obejmują koszty związane z opieką nad chorymi, w tym między innymi koszty:

- hospitalizacji w oddziałach pełnodobowych i oddziałach dziennych,
- wizyt ambulatoryjnych (konsultacji specjalistycznych i ostrodyżurowych),
- leczenia środowiskowego,
- farmakoterapii (leków antypsychotycznych, nasennych i uspokajających, przeciwdepresyjnych, stabilizujących nastroj),
- leczenia powikłań farmakoterapii (np. zastosowania leków antyparkinsonowskich lub leków powodujących pogorszenie parametrów metabolicznych),
- psychoterapii,
- diagnostyki i badań laboratoryjnych,
- inwestycji kapitałowych w rozwój sieci psychiatrycznej opieki zdrowotnej, itp.

Koszty bezpośrednie średnio wynoszą około 1/3 kosztów całkowitych schizofrenii i są wysokie w porównaniu do rozpowszechnienia choroby, które kształtuje się na poziomie 1 % populacji a sama choroba pochłania przeciętnie blisko ¼ całkowitych kosztów leczenia schorzeń psychicznych. Przykładowo, koszty schizofrenii w różnych zestawieniach są niewiele niższe niż koszty powodowane przez chorobę zwyrodnieniową stawów lub chorobę niedokrwienną serca.

Warto podkreślić, że koszty bezpośrednie związane z opieką nad chorymi ze schizofrenią znacznie różnią się między krajami. W badaniu przeprowadzonym w 6 krajach europejskich różnica w kosztach leczenia wyniosła blisko 12 razy między wydatkami przeznaczanymi na leczenie chorych ze schizofrenią w Szwajcarii i Hiszpanii. Należy odnotować, że badana grupa była bardzo jednorodna w porównywanych krajach i dodatkowo koszty farmakoterapii były zbliżone, co oznacza, że istnieją znaczne różnice w organizacji i finansowaniu opieki medycznej w krajach europejskich.¹⁰ Podobne różnice obserwowano między Kanadą, Wielką Brytanią i Stanami Zjednoczonymi, wskazując na trudności w zdefiniowaniu optymalnego i najefektywniejszego ekonomicznie sposobu organizacji opieki psychiatrycznej.⁹

Koszty hospitalizacji

Główną składową kosztów bezpośrednich są koszty hospitalizacji, które stanowią średnio 1/3 do 2/3 całkowitych wydatków na opiekę medyczną nad chorymi ze schizofrenią. Wynika to w znacznym stopniu z nawrotowości procesu chorobowego. Około połowa pacjentów z nowo postawionym rozpoznaniem schizofrenii wymaga powtórnej hospitalizacji w przeciągu roku, a ok. 80 % w przeciągu 2 pierwszych lat. W Stanach Zjednoczonych powtórne hospitalizacje odpowiadają za koszty rzędu 2,3 mld USD w pierwszym i ok. 2 mld USD w 2. roku od postawienia rozpoznania.¹¹ Dodatkowo analizy wskazują, że koszty leczenia szpitalnego niewielkiej grupy opornych na terapię chorych, i z tego powodu bardzo długo hospitalizowanych, odpowiedzialne są za znaczną część wydatków. Kavanagh i wsp. oszacowali, że leczenie 14% chorych często lub długo hospitalizowanych było odpowiedzialne za 51% całkowitych kosztów bezpośrednich.¹² W Norwegii koszty długotrwałego leczenia szpitalnego chorych przewlekle hospitalizowanych odpowiadają nawet za 3/4 kosztów bezpośrednich.¹³

Wpływ skutecznego leczenia na koszty hospitalizacji

Istotną rolę odgrywa motywacja pacjentów do przyjmowania leków psychotropowych, gdyż tylko systematyczne prowadzenie podtrzymującej farmakoterapii zmniejsza liczbę i czas trwania nawrotów choroby. Dowiedziono, że pacjenci chorzy na schizofrenię i nieprzyjmujący leków antypsychotycznych oraz mający większą liczbę epizodów zaostrzeń choroby, charakteryzują się gorszym rokowaniem, szczególnie w długim okresie.^{14, 15}

Niestosowanie się do zaleceń lekarza i zaprzestanie przyjmowania leków antypsychotycznych jest głównym czynnikiem prowadzącym do powstawania nawrotów w schizofrenii. Pacjenci, którzy nie stosowali się do zaleceń lekarza mają średnio 3 razy wyższe ryzyko nawrotu ostrej fazy choroby.¹¹ Jedną z głównych przyczyn zaprzestania przyjmowania leków oraz niestosowania się do zaleceń lekarskich są pozapiramidowe działania niepożądane obejmujące: drżenia mięśniowe, dystonie (kurcze mięśniowe), akatyzje (niemożność siedzenia w jednym miejscu), dyskinezy, których wystąpienie prowadzi do stygmatyzacji pacjenta. Dla wielu chorych objawy niepożądane w trakcie terapii są trudniejsze do zniesienia niż sama choroba. Nowe atypowe leki antypsychotyczne, charakteryzują się znacznie lepszym profilem bezpieczeństwa oraz mniejszą liczbą objawów niepożądanych, w tym niepogarszających funkcji poznawczych w porównaniu z klasycznymi lekami. Wpływa to na lepszą współpracę chorego, to jest jego stosowanie się do zaleceń lekarskich (ang. *compliance*), wzrost odsetka pacjentów ze schizofrenią regularnie przyjmujących przepisane leki, a w konsekwencji zmniejszenie ryzyka nawrotu i konieczności ponownych hospitalizacji. Innym, od dawna znanym sposobem poprawy współpracy – *compliance* jest stosowanie leków antypsychotycznych w formie długo działającej, czyli depot. Takie leki są podawane co 2-4 tygodnie pod postacią wstrzyknięć domięśniowych. Obecnie długo działająca forma risperidonu jest refundowana w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego uporczywego

braku współpracy chorego. Formy *depot* łączą w sobie mniejsze ryzyko działań niepożądanych antypsychotyków II generacji z wygodą podawania klasycznych antypsychotyków *depot*.¹⁶⁻²⁷ Zgodnie z wynikami analiz farmakoekonomicznych, zastosowanie tych leków może przynieść oszczędności, wynikające z redukcji liczby ponownych hospitalizacji, zarówno w porównaniu do klasycznych neuroleptyków *depot*, jak i doustnych leków antypsychotycznych II generacji.²⁸⁻³⁰

Według niektórych autorów, uzupełnienie standardowej farmakoterapii o pomoc psychologiczną i wsparcie środowiskowe pozwala na redukcję ryzyka nawrotu choroby o około połowę.³¹

Hospitalizacja w oddziale dziennym

Z oczywistych przyczyn hospitalizacja w oddziale dziennym jest istotnie tańsza niż leczenie w trybie całodobowym. Według Creeda i wsp. ok. 40% pacjentów z ostrymi objawami choroby może być leczonych w systemie dziennym.³² Badania wykazały, że ta forma leczenia jest atrakcyjna dla 38% pacjentów i prowadzi do redukcji kosztów w stosunku do oddziału całodobowego.^{33, 34} Należy więc uznać za pozytywne zjawisko wzrostu udziału kosztów hospitalizacji w oddziałach dziennych w wydatkach na opiekę psychiatryczną i umacniać rozwój tej formy terapii.

Opieka środowiskowa

Otoczenie pacjenta opieką środowiskową prowadzi nie tylko do znaczącej redukcji kosztów w porównaniu z leczeniem stacjonarnym, ale przede wszystkim powoduje poprawę kliniczną, lepsze funkcjonowanie społeczne pacjenta oraz zwiększa jego satysfakcję życiową.³⁵

W wielu przypadkach leczenie środowiskowe może przybrać formę hospitalizacji domowej, która pozwala leczyć nawet ostro psychicznych pacjentów w domu bez konieczności umieszczenia ich w szpitalu psychiatrycznym, co jest najdroższą formą leczenia. Zdaniem ekspertów i zgodnie ze światowymi tendencjami, należy zmniejszać finansowanie modelu stacjonarnej opieki psychiatrycznej na rzecz leczenia środowiskowego.

Koszty farmakoterapii

Koszty stosowania leków reprezentują raczej nie dużą część kosztów całkowitych. W krajach rozwiniętych jest to od 1 do 9%. Należy spodziewać się, że koszty te będą rosły z dwóch przyczyn: postępu farmakologii i dostępności nowych, często drogich w zakupie, leków oraz proporcjonalnego zmniejszenia kosztów hospitalizacji, którego potrzebę redukuje skuteczne leczenie, w tym szczególnie farmakoterapia.

Analiza zmian struktury kosztów na przestrzeni ubiegłych 2 dekad wydaje się wskazywać na ograniczenia kosztów opieki szpitalnej na korzyść zwiększenia wydatków na leki oraz opiekę

ambulatoryjną.³⁶ Należy więc uznać za pozytywne zjawisko zmniejszenia udziału kosztów hospitalizacji oraz wzrostu udziału kosztów hospitalizacji w oddziale dziennym i opieki środowiskowej w całkowitych kosztach bezpośrednich, co odnotuje się na przestrzeni ostatnich lat.

W Polsce w ostatnich 20 latach zmniejszaniu liczby miejsc stacjonarnych (łóżek) w szpitalach psychiatrycznych nie towarzyszyło przeznaczenia większych środków na organizację alternatywnych form pomocy, szczególnie opieki dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej.

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce

Niestety dane Narodowego Funduszu Zdrowia są raportowane zbiorczo dla leczenia chorób psychicznych i uzależnień. Brakuje specyficznych analiz dedykowanych grupie chorych ze schizofrenią.

Analiza planów finansowych (pierwotnego i ostatecznego) Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2010 oraz stopnia jego realizacji wskazuje, że ostatecznie zaplanowano 1,977 mld zł., z czego wykorzystano blisko 99% sumy przeznaczanej na leczenie chorób psychicznych i uzależnień. Wzrost wykorzystanych środków na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w 2010 roku w porównaniu do roku poprzedzającego wyniósł zaledwie 1,42%, podczas gdy analogiczna dynamika dotycząca kosztów leczenia szpitalnego wyniosła 4,39%, a finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej nawet 15,49%.

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w 2010 roku stanowiły 3,29% całkowitych kosztów. W krajach zachodniej Europy na ten cel przeznaczają się od 6 do 10%. Dodatkowo w Polsce w tym zakresie rysuje się tendencja spadkowa na przestrzeni ostatniej dekady, jeśli odnieść się do roku 2000, w którym Kasy Chorych 3,7% wydatków przeznaczały na leczenie psychiatryczne i odwykowe. W tym miejscu należy przywołać stanowisko Konwentu Marszałków Województw RP, w sprawie warunków finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2009 roku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.³⁷ Postulują oni, aby udział środków pieniężnych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w planach finansowych poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia nie mógł być niższy niż 4,1 % ogółu środków ujętych w niniejszym planie. Z tej puli na leczenie szpitalne pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionych, powinno być przeznaczonych 75% środków finansowych. Dodatkowo Konwent zwraca uwagę na konieczność wyższej wyceny jednostkowej świadczeń oraz różnicowanie źródeł finansowania psychiatrii, między innymi ze Skarbu Państwa (pokrycie kosztów psychiatrii sądowej oraz leczenia osób nieubezpieczonych) oraz środków pochodzących z podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.

Obecna wycena świadczeń i tym samym przychody z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia nie pokrywają kosztów ponoszonych na leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, co prowadzi do zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej. Wyliczenia dyrektorów szpitali psychiatrycznych wskazują, że NFZ pokrywa średnio tylko około 80% ponoszonych przez placówki kosztów. Podobnie z opublikowanego przez Najwyższą izbę Kontroli w marcu 2008 roku raportu o wynikach kontroli

funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej w latach 2005 – I półrocze 2007 (skontrolowano 24 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) wynika, że umowy z NFZ pokrywały 60-80% kosztów zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.³⁸ Z kolei dalsze oszczędności w funkcjonowaniu placówek są trudne do wdrożenia z uwagi na fakt, iż znakomitą większość kosztów stanowią koszty wynagrodzeń, a te z kolei są pochodną wymagań stawianych przez płatnika świadczeniodawcom. Zdaniem ekspertów, problem polega na tym, że z jednej strony Narodowy Fundusz Zdrowia stawia precyzyjne wymagania (liczba lekarzy, pielęgniarek, psychologów, terapeutów itd. na określoną liczbę łóżek), z drugiej strony placówki, spełniając te wymagania, ponoszą koszty, których nie pokrywa wysokość zaproponowanego kontraktu. Różnice w wycenie wartości punktu dla świadczeń psychiatrycznych w kontrakcie z NFZ pogłębiają dysproporcje między świadczeniodawcami, którzy jednocześnie muszą spełniać te same wymagania. Fakt ten z pewnością nie pozostaje bez wpływu na jakość świadczonych usług. Ogólnie znanym faktem jest utrudniony dostęp do nowoczesnych leków atypowych w wielu szpitalach, które nie mając odpowiednich środków na zakup leków korzystają z darowizn i innych prowizorycznych i niesystemowych form wspomagających finansowanie nowoczesnej farmakoterapii. W końcu w ramach hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych, ale także w opiece ambulatoryjnej w poradniach zdrowia psychicznego, prowadzone jest leczenie chorób współistniejących. Choroby te, szczególnie cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego, często dotykające chorych ze schizofrenią, wymagają dodatkowych nakładów, które nie są odrębnie finansowane. Dyrektorzy szpitali zwracają uwagę na potrzebę zaniechania rozliczeń w oparciu o osobodzień hospitalizacji¹ i objęcie opieki psychiatrycznej finansowaniem opartym na JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów).

Analiza sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2010 pozwala stwierdzić także istotne różnice w finansowaniu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2010 rok na 10 tys. ubezpieczonych istotnie różniła się między poszczególnymi oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia. Różnica ta była ponad 2-krotna między oddziałem podkarpackim i lubuskim, co jest konsekwencją różnic w usytuowaniu, i tym samym dostępie, do ośrodków leczenia.³⁹ ENREF_1

Wydatki NFZ z tytułu refundacji leków psychotropowych

Schizofrenia, oraz osobno schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego uporczywego braku współpracy chorego, znajdują się na wykazie chorób przewlekłych, w których leki objęte są refundacją. Niestety refundacja

¹ W rozliczeniach kosztów leczenia szpitalnego pacjentów ze schizofrenią, prowadzonych z Narodowym Funduszem Zdrowia, jednostkę kalkulacyjno-rozliczeniową stanowi *osobodzień* pobytu. Koszt *osobodnia* nie zależy od rodzaju schorzenia, zależy natomiast od miejsca, w którym udzielane jest świadczenie. Większość pacjentów ze schizofrenią hospitalizowanych jest w *oddziałach psychiatrycznych w szpitalach psychiatrycznych* i *oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych*. Pełna, 100-procentowa stawka opłaty za osobodzień pobytu, naliczana jest przez pierwsze 10 tygodni (oddział psychiatryczny) lub 12 tygodni (oddział psychogeriatryczny). Po tym czasie Narodowy Fundusz Zdrowia płaci jedynie 70 % tej wartości (Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 60/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień).

nie obejmuje zaburzeń schizoafektywnych. Należy jednak podkreślić, iż od pierwszego wydania białej księgi poświęconej schizofrenii, nastąpiła poprawa w zakresie dostępności chorych do leków atypowych, które zostały objęte refundacją w 2007 roku i obecnie wydawane są po wniesieniu opłaty ryczałtowej. Podobnie refundacją objęto preparaty podawane w iniekcjach o przedłużonym działaniu, które istotnie ułatwiają terapię w przypadku ograniczonej współpracy chorego. Ciągłe jednak w chwili obecnej nie są refundowane paliperidon, asenapina, kwetiapina w postaci o przedłużonym działaniu i olanzapina depot (ta ostatnia została ujęta w nowym projekcie list refundacyjnych).

Leki stosowane w leczeniu schorzeń centralnego układu nerwowego zdefiniowane zgodnie z klasyfikacją ATC (anatomiczno-terapeutyczno-chemiczną) pochłonęły w 2010 roku największą część, to jest 15,86%, ogólnej kwoty refundacji, wyprzedzając leki stosowane w schorzeniach przewodu pokarmowego i zaburzeniach metabolizmu (14,31%), leki układu sercowo-naczyniowego (13,96%) oraz układu oddechowego (13,72%).⁴⁰ Analiza danych opublikowanych przez Departament Gospodarki Lekowej NFZ za okres pierwszego półrocza 2011 roku, wskazuje, iż w ogólnej kwocie refundacji, która przekroczyła 4 253 mln zł:

- leki stosowane tylko w schizofrenii, stanowiły 2,81% (119,5 mln zł)
- leki refundowane w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej stanowiły 4,67% (198,5 mln zł).

Od momentu refundacji w 2007 roku nowych leków atypowych nastąpiło istotne zmniejszenie ceny leków, dla których dostępne są preparaty odtwórcze. Dotyczy to szczególnie erozji ceny olanzapiny, która w 2010 roku była lekiem generującym największe koszty refundacji ze wszystkich farmaceutyków, jednak w porównaniu z 2009 odnotowano 6,5% redukcję kosztów refundacji tego leku. Niestety brakuje (lub nie są one powszechnie dostępne) aktualnych, oficjalnych i bardziej specyficznych statystyk w zakresie stosowania leków psychotropowych w poszczególnych rozpoznaniach klinicznych.

Koszty pośrednie

Koszty pośrednie schizofrenii wynikają z niezdolności do pracy zawodowej znaczącego odsetka osób, u których rozpoznano schizofrenię oraz przedwczesnej śmiertelności.

Koszty pośrednie w schizofrenii są od 1,5 (dane ze Stanów Zjednoczonych) do ponad 5 (dane z Korei Południowej) razy większe niż koszty bezpośrednie (duże różnice w tych szacunkach wynikają z odmienności zastosowanych metod pomiarowych). Oznacza to, że koszty pośrednie stanowią średnio około 2/3 całkowitych kosztów schizofrenii. Według National Institutes of Mental Health w Stanach Zjednoczonych koszty pośrednie schizofrenii stanowią ok. 70 % kosztów całkowitych, wynoszących 65 mld USD.

W Wielkiej Brytanii obliczono, że blisko 80 mln dni pracy jest utraconych z powodu schizofrenii. Już po 1. roku leczenia z powodu schizofrenii od 15 do 30 % pacjentów nie jest w stanie pracować, a odsetek ten rośnie do 67 % po drugim epizodzie schizofrenii.⁴¹ Jeśli *per analogiam* szacować

koszty pośrednie w Polsce to co roku blisko 5 mld zł może wynikać z nieobecności w pracy osób cierpiących na schizofrenię.

Warto zwrócić uwagę, że koszty pośrednie wynikają nie tylko z występowania choroby i w jej przebiegu nieobecności w pracy, ale także z przedwczesnej śmiertelności, spowodowanej samą chorobą, jej powikłaniami lub samobójstwami. Śmiertelność wśród osób ze schizofrenią jest 1,6 razy większa niż w ogólnej populacji, a ryzyko samobójstw 9 razy wyższe.⁴² Koszty przedwczesnych zgonów stanowią średnio około 10% kosztów pośrednich.

Koszty schizofrenii ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych schizofrenia w 2010 była 4 jednostką chorobową powodującą niezdolność do pracy i generującą z tego powodu 3,2% kosztów świadczeń finansowanych przez ZUS w związku z niezdolnością do pracy². W grupie mężczyzn w rankingu jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy schizofrenia była czwartą, a w grupie kobiet nawet drugą najczęstszą przyczyną. Przeciętne wydatki na jedną osobę ze schizofrenią objętą ubezpieczeniem zdrowotnym wyniosły 39,20 zł. Poniżej na wykresie zaprezentowano przeciętną kwotę wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (bez kosztów poniesionych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS) w przeliczeniu na jedną osobę chorą na schizofrenię i objętą ubezpieczeniem zdrowotnym według województw.⁴³

Rycina 1. Przeciętna kwota wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym dla schizofrenii według województw (dane ZUS: dostęp <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=5>)

wykres!

² płatności transferowe nie są wliczane do kosztów pośrednich

Koszty ponoszone przez rodziny chorych na schizofrenię

Przewlekły charakter oraz wczesna zapadalność na schizofrenię rodzi także ekonomiczne następstwa dla członków rodzin chorych wynikające z nieformalnej opieki w domu, kosztów podróży lub utraty zarobków na skutek nieobecności w pracy. Badanie przeprowadzone w 5 krajach europejskich wykazało, że średnio 6 do 9 godzin dziennie przeznaczają członkowie rodzin na opiekę nad chorymi ze schizofrenią.⁴⁴⁻⁴⁶ Koszty ponoszone przez rodziny chorych według różnych szacunków stanowią od kilku do znakomitej większości kosztów pośrednich.¹

Chorzy na schizofrenię a praca zawodowa

Większość chorych na schizofrenię utrzymuje się głównie z renty inwalidzkiej. Zaledwie ok. 2% pacjentów pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin. Pacjentów nieproduktywnych postrzega się jako niewiarygodnych, wymagających specjalnej troski i nadzoru.⁴⁷ Tymczasem praca jest dla chorych na schizofrenię jedyną dostępną aktywnością, korelując dodatnio z poprawą stanu psychicznego. Pomaga ona w redukcji poziomu apatii, społecznego wycofania i ubóstwa językowego chorych. Liczne badania wskazują na związek pomiędzy brakiem lub utratą pracy a pojawieniem się zwiastunów choroby psychicznej.⁴⁸ Praca stanowi jedno z podstawowych kryteriów adaptacji chorych na schizofrenię do życia w społeczeństwie.⁴⁹

Chorzy na schizofrenię a konflikty z prawem

Analizując koszty schizofrenii wskazuje się na potrzebę ujęcia kosztów wynikających z konfliktów chorych z prawem. W tej materii dostępne publikacje wskazują, że osoby ze schizofrenią częściej są ofiarami przestępstw niż przestępcami.^{50, 51} W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że następstwa ekonomiczne tych zdarzeń generują dodatkowe koszty wynoszące średnio blisko 1,5 tysiąca dolarów w przeliczeniu na jednego chorego lub od 6 do 11% kosztów związanych ze schizofrenią.ENREF 18⁵²

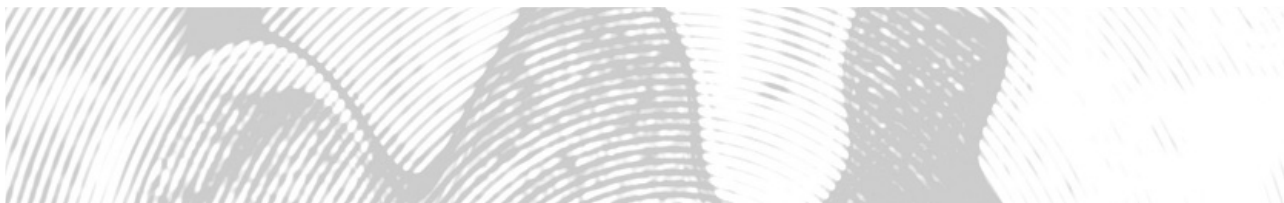
Bibliografia:

1. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004; 30: 279-293.
2. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ* 2007; 10: 23-41.
3. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G. The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scandinavian journal of caring sciences* 2010; 24: 817-823.
4. Nicholl D, Akhras KS, Diels J, Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilisation and cost perspective. *Current medical research and opinion* 2010; 26: 943-955.
5. Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, Konig HH. [The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature]. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 211-218.
6. Hong J, Windmeijer F, Novick D, Haro JM, Brown J. The cost of relapse in patients with schizophrenia in the European SOHO

- (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33: 835-841.
7. Fitzgerald P, de Castella A, Arya D, et al. The cost of relapse in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Australas Psychiatry* 2009; 17: 265-272.
 8. Leitao RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of Sao Paulo. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 304-309.
 9. Blomqvist AG, Leger PT, Hoch JS. The cost of schizophrenia: lessons from an international comparison. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 177-183.
 10. Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res* 2009; 111: 70-77.
 11. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 419-429.
 12. Kavanagh S, O'piti L, Knapp M, Beecham J. Schizophrenia: shifting the balance of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30: 206-212.
 13. Rund BR, Ruud T. Costs of services for schizophrenic patients in Norway. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 120-125.
 14. Yap HL, Mahendran R, Lim D, et al. Risperidone in the treatment of first episode psychosis. *Singapore medical journal* 2001; 42: 170-173.
 15. Sheitman BB, Lee H, Strous R, Lieberman JA. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 1997; 23: 653-661.
 16. Lambert T, Olivares JM, Peuskens J, et al. Effectiveness of injectable risperidone long-acting therapy for schizophrenia: data from the US, Spain, Australia, and Belgium. *Ann Gen Psychiatry* 2011; 10: 10.
 17. Apiquian R, Cordoba R, Louza M. Clinical outcomes of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia: six-month follow-up from the Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry in Latin America. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 7: 19-26.
 18. Canas F, Moller HJ. Long-acting atypical injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: safety and tolerability review. *Expert Opin Drug Saf* 2010; 9: 683-697.
 19. Kane JM, Eerdekens M, Lindenmayer JP, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1125-1132.
 20. Rabinowitz J, Napryeyenko O, Burba B, et al. Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia: prospective study with risperidone long-acting injectable. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 75-81.
 21. Schmauss M, Diekamp B, Gerwe M, Schreiner A, Ibach B. Does oral antipsychotic pre-treatment influence outcome of a switch to long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia? *Pharmacopsychiatry* 2010; 43: 73-80.
 22. Lambert M, De Marinis T, Pfeil J, Naber D, Schreiner A. Establishing remission and good clinical functioning in schizophrenia: predictors of best outcome with long-term risperidone long-acting injectable treatment. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 220-229.
 23. Moller HJ. Long-acting injectable risperidone for the treatment of schizophrenia: clinical perspectives. *Drugs* 2007; 67: 1541-1566.
 24. Parellada E. Long-acting injectable risperidone in the treatment of schizophrenia in special patient populations. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40: 82-100.
 25. Rubio G, Martinez I, Ponce G, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Munoz F, Alamo C. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopentixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 531-539.
 26. Nasrallah HA, Duchesne I, Mehnert A, Janagap C, Eerdekens M. Health-related quality of life in patients with schizophrenia during treatment with long-acting, injectable risperidone. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 531-536.
 27. Fleischhacker WW, Eerdekens M, Karcher K, et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1250-1257.
 28. Edwards NC, Rupnow MF, Pashos CL, Botteman MF, Diamond RJ. Cost-effectiveness model of long-acting risperidone in schizophrenia in the US. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 299-314.
 29. Yang L, Li M, Tao LB, Zhang M, Nicholl MD, Dong P. Cost-effectiveness of long-acting risperidone injection versus alternative atypical antipsychotic agents in patients with schizophrenia in China. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 2009; 12 Suppl 3: S66-69.
 30. Olivares JM, Rodriguez-Martinez A, Buron JA, Alonso-Escolano D, Rodriguez-Morales A. Cost-effectiveness analysis of switching antipsychotic medication to long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia: a 12- and 24-month follow-up from the e-STAR database in Spain. *Appl Health Econ Health Policy* 2008; 6: 41-53.
 31. Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 243-250.
 32. Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 1990; 300: 1033-1037.
 33. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1995: 52-59.
 34. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17: 411-419.
 35. Herczyńska K. Badanie kosztów schizofrenii. *Psychiatria Polska* 1998; 32: 307-318.
 36. McEvoy JP. The costs of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 14: 4-7.
 37. http://www.charaktery.eu/zdjecia/files/stanowisko_konwentu_marszalkow.pdf. Available.
 38. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. Wrocław: NIK – Delegatura we Wrocławiu, 2008.
 39. Narodowy Fundusz Zdrowia. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 rok. Warszawa, 2011.
 40. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Gospodarki Lekami Wydział Analiz i Monitorowania Refundacji. Raport

na temat wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu refundacji leków w roku 2010.. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia, 2011.

41. Guest JF, Cookson RF. Cost of schizophrenia to UK Society. An incidence-based cost-of-illness model for the first 5 years following diagnosis. *Pharmacoeconomics* 1999; 15: 597-610.
42. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 1998; 173: 11-53.
43. Karczewicz E, Łabęcka M, Markowska H. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2011.
44. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, et al. [Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention]. *Epidemiol Psychiatr Soc* 1998; 7: 178-187.
45. Magliano L, Fadden G, Economou M, et al. Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 413-419.
46. Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 405-412.
47. Żołnierczuk-Kieliszek D, Żak B. Społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112: 362-366.
48. Cechnicki A, Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 427-434.
49. Mikulska-Meder J. Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię pracujących i niepracujących.. *Psychiatria Polska* 1992; 29: 91-96.
50. McFarland BH, Faulkner LR, Bloom JD, Hallaux R, Bray JD. Chronic mental illness and the criminal justice system. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 718-723.
51. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 908-913.
52. Ascher-Svanum H, Nyhuis AW, Faries DE, Ball DE, Kinon BJ. Involvement in the US criminal justice system and cost implications for persons treated for schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 11.



Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

**prof. dr hab. med. Marek Jarema – Krajowy Konsultant w dziedzinie Psychiatrii,
Kierownik III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie**

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wszedł on w życie 1 stycznia 2009 roku. Temu faktowi towarzyszyła radość oraz oczekiwanie, że oto teraz zmieni się zasadniczo sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi. Trzeba bowiem przypomnieć, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego to niezwykle cenny dokument, kształtujący politykę państwa wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w najbliższych latach. Jego trzy zasadnicze cele to:

Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym)

Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego

Wprawdzie wszystkie te cele są niezwykle ważne, ale z punktu widzenia praktycznego, najistotniejszy był cel nr 2. Zakłada on bowiem zmianę struktury organizacyjnej opieki psychiatrycznej w Polsce, poprzez wprowadzenie priorytetu dla tzw. opieki środowiskowej. W założeniu bowiem, opieka nad chorym (np. na schizofrenię) powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego, a nie łączyć się z traumatyczną najczęściej zmianą jego sytuacji. Tak dzieje się, gdy najbardziej dostępną formą opieki psychiatrycznej jest hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym. Alternatywnym rozwiązaniem, zalecanym przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jest oparcie opieki o tzw. Centrum Zdrowia Psychicznego, składające się przede wszystkim z ambulatorium, zespołu leczenia środowiskowego oraz z oddziału dziennego. Taki schemat zakłada, że chory będzie mógł przebywać w swoim środowisku mając jednocześnie zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną oraz ze strony innych pracowników (psychologów, pielęgniarek, terapeutów itp.). Oczywiście, Centrum musi współpracować z oddziałem psychiatrycznym dla zapewnienia możliwości hospitalizacji chorego, o ile ta będzie wskazana.

Nic więc dziwnego, że takie założenia wzbudziły nadzieje zarówno wśród osób chorych na schizofrenię, jak i wśród ich rodzin, bowiem oznaczają one odsunięcie widma hospitalizacji jako

niekiedy jedynej dostępnej formy sprawowania opieki nad chorym na schizofrenię.

Postęp we wdrażaniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego nie jest jednak zadowalający. Jest tego kilka przyczyn, wśród nich długi czas oczekiwania na przepisy wykonawcze. Odpowiednia nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego została uchwalona dopiero w grudniu ub. r. Inna przyczyna, to niewielkie zainteresowanie wdrażaniem założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego ze strony samorządów lokalnych oraz oczekiwanie, że to głównie lekarze psychiatrzy wykonają część zadań związanych z realizacją Narodowego Programu. Głównym argumentem przemawiającym za niemożliwością wdrażania zaleceń Narodowego Programu, były jednakże względy ekonomiczne: przedstawiciele samorządów podkreślali, że nie mają środków na realizację Programu. Jednakże ten argument przestał być aktualny z chwilą ogłoszenia przepisów wykonawczych. Należało zatem mieć nadzieję, że w roku 2011 realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego nabierze tempa. Czy tak się stało?

Podjąwszy próbę oceny tempa wprowadzania założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego ustalono, że w większości województw podjęto konkretne działania (informacja na dzień 25.09.2011). Działania te to przede wszystkim powołanie wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację Programu przez samorząd województwa. Należy mieć nadzieję, że brak danych z pozostałych kilku województw nie oznacza, iż nic tam nie poczyniono w zakresie realizacji Narodowego Programu.

Największy zakres problemów związanych z wdrażaniem tego Programu dotyczy konieczności przeprowadzenia zmian strukturalnych w istniejących już jednostkach służby zdrowia. Przypomnieć należy, że oczekiwaną tendencją jest tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego, najczęściej w oparciu o istniejące już Poradnie Zdrowia Psychicznego, uzupełnione o Oddziały Dienne i Zespoły Leczenia Środowiskowego, współpracujące z oddziałem psychiatrycznym w szpitalu wielospecjalistycznym. Jednym z częściej spotykanych argumentów przeciwko takim zmianom jest fakt, że wobec niedostatecznego finansowania świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” dyrektorzy szpitali niechętni są otwieraniu oddziałów psychiatrycznych, z reguły przynoszących stratę finansową (w porównaniu z oddziałami innych specjalności, z racji lepszego finansowania chętnie widzianymi w strukturze szpitala).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakłada odpowiednie kształtowanie opinii publicznej w zakresie problematyki zdrowia psychicznego. Jest to bardzo ważne, gdyż należy dążyć do zmiany sposobu myślenia o chorych z zaburzeniami psychicznymi, jako o ludziach dziwnych, nieprzewidywalnych, niebezpiecznych i wymagających izolowania. Szczególnie dotyczy to chorych na schizofrenię, których taka stygmatyzacja przede wszystkim dotyka.

Konieczne jest zatem zintensyfikowanie wysiłków zmierzających do realizacji założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zależy to w dużej mierze od menadżerów opieki zdrowotnej szczebla centralnego oraz na poziomie samorządów, wspieranych radą i pomocą ze strony osób profesjonalnie związanych z opieką nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Nie należy jednak zapominać, że jest szereg podmiotów spoza resortu zdrowia, które obowiązane są do realizacji Narodowego Programu, m.in. samorządy terytorialne, Ministerstwo Pracy i Polityki

Spółecznej, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Sprawiedliwości. Podmioty te muszą wykazać większą aktywność w zakresie wdrażania celów Narodowego Programu, chociażby poprzez działania edukacyjne i przeciwdziałające stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Jak dotychczas, poza niektórymi samorządami, działania innych podmiotów są dalece niesatysfakcjonujące.

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych

Poprawa sytuacji chorych na schizofrenię, w sensie dostępu do nowoczesnej opieki medycznej oraz zmiany sposobu myślenia o ich chorobie przez społeczeństwo, nie jest możliwa bez silnego wsparcia ze strony resortu zdrowia. W tym zakresie należy przyznać iż wsparcie to było szczególnie widoczne przy przygotowaniu i uchwalaniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W pamięci utkwiły szczególnie prace nad Programem w Komisjach Zdrowia Sejmu i Senatu, a także towarzysząca im dyskusja poselska w obu izbach naszego parlamentu. W czasie tej dyskusji padały niezwykle budujące słowa o potrzebie ochrony zdrowia psychicznego, o konieczności zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób z zaburzeniami psychicznymi a także o konieczności zwalczania wszelkich przejawów wykluczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednakże z chwilą uchwalenia Narodowego Programu, entuzjazm ten znacznie osłabł, co przejawia się np. w długim oczekiwaniu na ukazanie się przepisów wykonawczych, które w praktyce pozwalają dopiero na realizację celów Programu.

W gestii Ministerstwa Zdrowia leży opracowanie kryteriów kształcenia psychoterapeutów. Wprawdzie w leczeniu schizofrenii ważna jest przede wszystkim skuteczna farmakoterapia, ale inne formy oddziaływania – w tym psychoterapia, mają duże znaczenie w procesie leczenia i rehabilitacji. Od dłuższego czasu środowisko psychiatryczne dopomina się uchwalenia ustawy o innych zawodach medycznych, która m.in. miała zdefiniować zarówno pojęcie „psychoterapeuty” jak i określić zasady kształcenia w psychoterapii. Mimo licznych spotkań, wymiany opinii oraz zgłaszania pilnej potrzeby uregulowania procesu kształcenia psychoterapeutów, odpowiednie przepisy nie zostały opracowane.

W chwili obecnej niezwykle ważne jest wsparcie ze strony Ministerstwa Zdrowia działań zmierzających przeciwko przejawom nierównego traktowania chorych z zaburzeniami psychicznymi i chorych na inne choroby. To nierówne traktowanie najbardziej jaskrawie uwidacznia się przy porównywaniu zasad finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii (w nomenklaturze NFZ nazywa się to rodzajem świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”). Świadczenia psychiatryczne są nadal niedofinansowane, nie pokrywają kosztów związanych z opieką nad chorymi, a co za tym idzie świadczenia obecnie oferowane są w przeważającej większości dalekie od zasad nowoczesnej opieki psychiatrycznej.

Dotyczy to zarówno opieki ambulatoryjnej jak i stacjonarnej, choć w stosunku do tej ostatniej, niedostatki są najbardziej widoczne. Dotychczas prowadzone rozmowy z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, mające na celu poprawę sytuacji chorych z zaburzeniami

psychicznymi (w tym chorych na schizofrenię) nie napawają jednak optymizmem. Ignorowane są sygnały ze strony środowiska psychiatrycznego o rażąco niskich nakładach na opiekę psychiatryczną, co skutkuje gorszą dostępnością do świadczeń ambulatoryjnych i bardzo trudnymi – często godzącymi w godność człowieka – warunkami hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych. Osobnym problemem jest ograniczanie dostępu do nowoczesnych leków psychotropowych, przez zawężanie możliwości ich przepisywania na tzw. recepty refundowane, czy też poprzez bezzasadne odmawianie umieszczania nowoczesnych leków psychotropowych na liście leków refundowanych. W odniesieniu do chorych na choroby z grupy schizofrenii ma to konkretne negatywne skutki, gdyż wszystkie leki przeciwpsychotyczne II generacji, a więc w praktyce te leki, które są lepiej tolerowane przez chorych i mają szersze spektrum działania klinicznego, mogą być refundowane jedynie u chorych spełniających kryteria schizofrenii. Jak wiadomo, kryteria te są ściśle określone i wielu chorych, wymagających także takiego nowoczesnego leczenia, ale nie spełniających określonych kryteriów, jest tego leczenia pozbawionych, gdyż nie mogą oni pozwolić sobie na pełną odpłatność za leki; czasami taka odpłatność przewyższa skromne dochody pacjentów, np. z renty inwalidzkiej. Tak więc dla chorych np. na zaburzenia schizoafektywne leki te nie są już refundowane.

Jak wspomniano, nowoczesnej leki przeciwpsychotyczne II generacji są refundowane dla chorych na schizofrenię, ale nie oznacza to, że nie stosuje się tu pewnych restrykcji. W ostatnim roku, zaczęły nadchodzić sygnały od lekarzy psychiatrów, że kontrolerzy Narodowego Funduszu Zdrowia coraz częściej doszukują się nieprawidłowości przy wystawianiu recept na leki refundowane, co skutkuje dotkliwymi karami pieniężnymi nakładanymi na lekarzy. Jakkolwiek trudno jest kwestionować ewidentne niedociągnięcia w dokumentacji medycznej (np. brak wpisu o odbytej wizycie lekarskiej), to niektóre sygnały są niezwykle niepokojące. Dotyczą one np. dowolności w interpretacji okoliczności, które upoważniają lekarza do wystawienia recepty refundowanej. Przy czym powoływanie się lekarzy na zalecaną praktykę w zakresie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji spotyka się z kontrargumentem, że zalecenia te nie są obowiązujące dla przedstawicieli NFZ. Doprowadza to do istotnych dylematów moralnych: skoro lekarzom wpajana jest zasada przedkładania nade wszystko dobra chorego, a dobro to wymaga – zgodnie z wiedzą medyczną – stosowania konkretnego leku, to realizacja tej nadrzędnej w medycynie zasady nie jest możliwa, ze względu na ograniczenia administracyjne. Należy z całą mocą podkreślić, że sytuacja taka jest niedopuszczalna.

Z problematyką dostępu do nowoczesnej farmakoterapii w schizofrenii wiąże się proces opiniowania umieszczania leków na listach leków refundowanych, w którym to procesie istotną rolę odgrywa Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Agencja ta opracowuje dla potrzeb Ministerstwa Zdrowia opinie m.in. dotyczące zasadności umieszczania danego preparatu na liście leków refundowanych. Należy przyznać, że każdorazowa taka ocena opracowywana jest po zasięgnięciu opinii eksperta z zakresu psychiatrii, jednakże nie zawsze opinia Agencji zgodna jest z opinią ekspercką.

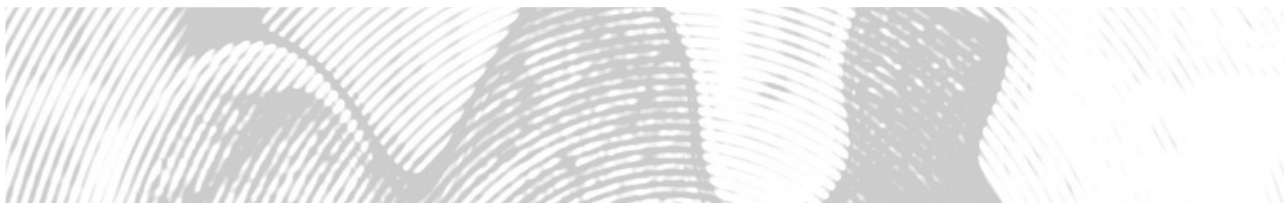
Finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad chorymi na schizofrenię

Jak wspomniano wyżej, finansowanie świadczeń w rodzaju „*opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*” jest zdecydowanie niewystarczające. Niedostatki finansowania przejawiają się głównie w ograniczeniu dostępu do świadczeń poprzez:

- małą liczbę placówek psychiatrycznej opieki, w tym rażąco mało zespołów leczenia środowiskowego
- niechęci menadżerów opieki zdrowotnej do otwierania placówek świadczących usługi w zakresie psychiatrii, a nawet tendencji do zamykania już istniejących placówek
- niewystarczającą liczbę fachowego personelu: lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek)
- ograniczanie długości świadczeń (ponad pewien limit czasowy świadczenia nie są płatne w wysokości 100%, a np. tylko 70%)
- odmowę dodatkowego finansowania świadczeń związanych z leczeniem schorzeń somatycznych u chorych z zaburzeniami psychicznymi
- ograniczanie dostępu do nowoczesnej farmakoterapii

Jedną z możliwości poprawy niedostatecznego finansowania świadczeń w rodzaju *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, powinna być – obok zwiększenia nakładów na ten rodzaj świadczeń, np. do przewidywanych w Narodowym Programie 4,1% ogółu nakładów na świadczenia zdrowotne - odpowiednia alokacja tych środków. W miarę powstawania Centrów Zdrowia Psychicznego), więcej środków powinno być przekazane na alternatywne formy opieki: zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne, poradnie zdrowia psychicznego.

Według planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, udział świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a więc praktycznie nakładów finansowych na leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zatrażająco niski: plan na rok 2012 zakłada jedynie 3,19 % (w grupie kosztów określanych przez NFZ jako B2.4/B2). Kilka lat temu tej odsetek był wyższy – wynosił odpowiednio: w 2009 roku – 3,53; w 2010 roku – 3,49; a w 2011 roku – 3,51%. Należy wyrazić nadzieję, że zgodnie z ustaleniami poczynionymi wspólnie z NFZ, odsetek środków przeznaczonych na leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, będzie systematycznie wzrastał.



Schizofrenia a społeczeństwo

prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiwicz – Kierownik Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu
Mikołaja Kopernika w Toruniu

Spoleczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię

Schizofrenii towarzyszy zaburzenie relacji chorego z otoczeniem, często dochodzi do deformacji lub zaniku wielu umiejętności społecznych.¹

Schizofrenia jest chorobą psychiczną, cechującą się zaburzeniami w zakresie procesów myślenia, życia uczuciowego, spostrzegania i zachowania. Gdy ujawnia się przewlekły proces schizofreniczny, wyraźnie pogarsza się funkcjonowanie jednostki w pracy, w relacjach z otoczeniem i w zakresie dbałości o własne zdrowie.²

W Stanach Zjednoczonych chorzy na ciężkie choroby psychiczne (schizofrenię i chorobę dwubiegunową) stanowią 1/3 z 600 tys. amerykańskich bezdomnych i 16 proc. osadzonych w zakładach karnych.

W badaniu pacjentów chorych na schizofrenię z okolic Lublina (Żołnierczuk- Kieliszek, 2002) 81 proc. ankietowanych stwierdziło, że choroba psychiczna wywarła wpływ na ich postawę wobec innych ludzi, a prawie 60 proc. pacjentów ograniczyło w związku z chorobą kontakty z ludźmi.³ Ponad 90 proc. pacjentów cierpiących na schizofrenię jest stanu wolnego i nie ma dzieci, a większość badanych (69,7 proc.) mieszka z rodzicami lub jednym z rodziców. Dla 75 proc. głównym źródłem utrzymania jest renta. Z pracy zawodowej utrzymuje się niewielki odsetek pacjentów.³

Okolo 45 proc. pacjentów chorych na schizofrenię korzysta z pomocy udzielanej w ośrodkach wsparcia społecznego (środowiskowych domach samopomocy, warsztatach terapii zajęciowej, klubach byłego pacjenta). Prawie 35 proc. pacjentów zgłasza okresową konieczność pomocy innych osób w wykonywaniu większości codziennych czynności, a niemalże 11 proc. wymaga takiej pomocy na stałe. Prawie połowa chorych na schizofrenię stwierdza spadek dochodów (własnych bądź rodziny) wskutek choroby.³

Wąsko zdefiniowane kryteria oceny skuteczności leczenia stosunkowo niewiele mówią o ciężarze, jakim jest choroba dla rodzin pacjentów lub o życiu pacjentów ze schizofrenią, o ich zadowoleniu z

leczenia (lub jego braku), o ich pragnieniach, możliwościach podjęcia pracy, a także poziomie funkcjonowania poznawczego.

Znaczenie pierwszej hospitalizacji

Pierwsza hospitalizacja i rozpoznanie schizofrenii ma głębokie konsekwencje dla funkcjonowania społecznego badanych. 44 proc. Pacjentów po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej przechodzi na rentę lub wcześniejszą emeryturę, 15 proc. przerywa naukę, prawie 11 proc. zostaje zwolnionych z pracy z powodu choroby psychicznej. Tylko 13 proc. Pacjentów kontynuuje rozpoczętą wcześniej edukację.³

Polskie badania nad pacjentami, u których rozpoznano schizofrenię w wieku dojrzewania (Krupka-Matuszczyk, 1998) wykazały, że po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej 30 proc. młodzieży nie podejmuje przerwanej z powodu choroby nauki, a ich wykształcenie nie ulega zmianie w ciągu 23 lat obserwacji.⁴

Stosunek społeczeństwa do osób chorych na schizofrenię

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w czerwcu 2005 r. wykazały, że osoby chore psychicznie są postrzegane w społeczeństwie polskim jako: zachowujące się niezrozumiale (45 proc.), mówiące od rzeczy (43 proc.), zaniedbujące swój wygląd lub higienę (42proc.) i przejawiające niepokój w zachowaniu (41 proc.).⁶

Od 1996 r. nastąpiła pewna poprawa w kwestii postrzegania osób chorych psychicznie, choć nadal większość, bo aż 60 proc. respondentów, odnotowuje w swoim określeniu głównie pejoratywne określenia osób chorych psychicznie.⁵ 76 proc. ankietowanych Polaków uważa, że choroby psychiczne należą do schorzeń, które zazwyczaj ukrywa się przed innymi ludźmi jakowstydliwe.⁵

Stygmatyzacja chorobą psychiczną

Dla badanych najbardziej typowa była odmienność (niezrozumiałość) zachowania chorych psychicznie. Podkreślanie odmienności osób chorych w stosunku do tzw. normalnej części społeczeństwa, czyli dążenie do wyraźnego oddzielania *ich* od *nas* stanowi ważny element procesu społecznego napiętnowania chorych psychicznie, czyli tzw. stygmatyzacji. Negatywną konsekwencją napiętnowania jest – notowana w całej ostatniej dekadzie – tendencja do odrzucania chorych jako pełnoprawnych, odpowiedzialnych uczestników życia społecznego nawet wtedy, gdy już przemijają ich kłopotliwe i niezrozumiałe zachowania, charakterystyczne dla aktywnego okresu choroby.⁵

W ostatnim 10-leciu zainicjowano kilka społecznych akcji zmierzających do zmiany niechętniej wobec psychicznie chorych obyczajowości (m.in. *Schizofrenia – otwórzcie drzwi, Zdrowie psychiczne. Nie*

odrzucaj. *Spróbuj pomóc, Lecz depresję, Odnaleźć siebie*), ale nie mogły one przynieść trwałych rezultatów. 69 Akcje społeczne nie zastąpią systemowych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania jego zaburzeniom oraz modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Tylko zmiany systemowe mogą skutecznie skierować uwagę społeczeństwa na zagrożenia zdrowia psychicznego i realnie poprawić los chorych psychicznie w Polsce.⁵

Zdecydowana większość Polaków, bo aż 85 proc. popiera projekt utworzenia narodowego programu, który promowałby zainteresowanie ochroną zdrowia psychicznego oraz sprzyjał unowocześnieniu leczenia psychiatrycznego.⁷

Pozycja chorych psychicznie w Polsce

Ankietowani przez CBOS uważają, że chorzy psychicznie są w Polsce traktowani gorzej niż inni, przede wszystkim, gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia (83 proc. respondentów), poszanowania godności osobistej (67 proc.), ochrony majątku (61 proc.) oraz – w mniejszym stopniu – sprawiedliwego sądu (48 proc.).⁵

Obserwacje kliniczne ukazują, że dyskryminowanie chorych psychicznie utrudnia im powrót do zdrowia i odzyskanie pozycji społecznej. Profesjonaliści, niosący pomoc chorym psychicznie widzą istotne przejawy dyskryminacji pacjentów ze schizofrenią w dziedzinie prawa do leczenia, np. w nierównym podziale środków przeznaczanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie psychiatryczne, w zaniedbaniu modernizacji systemu opieki psychiatrycznej, w utrzymywaniu zasad refundacji kosztów leków, ograniczających dostęp do nowoczesnej, skutecznej i opłacalnej społecznie farmakoterapii.⁵

Specjaliści uważają, że dostęp do leków atypowych nie może być przywilejem – powinien być prawem każdego chorego. Słuszność tego poglądu potwierdzają wyniki analiz farmakoekonomicznych dowodzących, że terapia lekami atypowymi jest (w ogólnym rozrachunku) tańsza niż preparatami klasycznymi, ponieważ gwarantuje ograniczenie hospitalizacji i kosztów związanych z terapią objawów niepożądanych, wywołanych przez leki tradycyjne.⁷

Bibliografia

- 1 Załuska M. *Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię*. *Psychiatria Polska* 1995; 29: 631-40.
- 2 Górna K, Jaracz K, Murawa T, Stasiak A. *Jakość życia chorych na schizofrenię hospitalizowanych psychiatrycznie po raz pierwszy w latach 1975–1976*. *Badania nad schizofrenią* 1998; 1: 167-78.
- 3 Żołnierczuk-Kieliszek D, Żak B. *Spoleczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię*. *Zdrowie Publ* 2002; 112: 362-6.
- 4 Krupka-Matuszczyk J. *Ocena wybranych elementów socjodemograficznych wczesnej schizofrenii w 23-letniej katamnezie*. *Badania nad schizofrenią* 1998; 1: 343-50.
- 5 Wciórka B, Wciórka J. *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań*. Centrum Badań Opinii Społecznej 2005; BS/118/2005.
- 6 Wciórka B, Wciórka J. *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań*. Centrum Badań Opinii Społecznej 2005; BS/118/2005.
- 7 Wciórka B, Wciórka J. *Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne? Komunikat z badań*. Centrum Badań Opinii Społecznej 2005; BS/116/2005.



Dzisiejsze problemy diagnozowania i leczenia schizofrenii

prof. dr hab. med. Janusz Heitzman – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Co robi lekarz i co robi państwo, by wyleczyć osoby chorujące na schizofrenię lub by zapobiec rozwinięciu się choroby kiedy wyleczenie nie jest już możliwe?

Diagnoza każdej psychozy a szczególnie takiej jak schizofrenia to sfera wysokiego ryzyka, w której stawką jest życie ludzi i szczęście rodzin. Nie może to zatem być diagnoza przypadkowa, poddana urzędniczym trybom zależnym od zmiennych zasad polityki refundacyjnej leków przeciwpsychotycznych, tych nowocześniejszych, bardziej skutecznych i akceptowanych przez chorych i tych starych o 60 letniej tradycji stosowania, których chorzy nie lubią i często przerywają nimi leczenie. Na początku warto przypomnieć, że leki przeciwpsychotyczne stosuje się głównie w celu wyeliminowania urojeń i omamów, by myślenie było bardziej spójne, krytyczne, by uspokoić pobudzonego chorego. Te nowsze leki (ale i tak już o historii blisko 20 letniej) są droższe jednak nie do granic szczególnych, ot kilkaset złotych miesięcznie, tyle co wysokość przeciętnej renty większości chorujących, czyli całego ich miesięcznego dochodu, bo jak wiadomo ok. 80% chorujących nigdzie już nie pracuje. To jest pierwszy, ale jakże ważny argument. Kolejny, wynika z faktu, że takich leków poza psychozą nie stosuje się powszechnie. Nie ma więc obawy, że mogą gdzieś wyciekać poza grupę chorych psychotycznie. Nie są to leki poprawiające samopoczucie, czy urodę. Ich stosowanie nie czyni człowieka szczęśliwszym, ale tylko i zarazem aż zdrowszym, a zawsze ich stosowanie jest uciążliwe, bo daje mniej (nowsze leki) lub bardziej nasilone (te starsze) objawy uboczne i niepożądane. O ile z tymi nowszymi można żyć a w niektórych wypadkach nawet pracować, uczyć się i wyglądać normalnie, to starsze leki dają ślinotok, drżenia, sztywność mięśni, maskowatą twarz i wygląd leczonego szaleństwa. Trudno się dziwić, że chorzy psychotyczni chcą przerwać takie leczenie, „nie współpracują” jak najłatwiej powiedzieć. Obecnie w Polsce zasady refundacji leków dla chorujących na psychozy (też te z urojeniami i omamami) i na schizofrenię się różnią. Co więcej, odpowiedzialnymi za te psychiatryczne diagnozy „przestają” być lekarze a stają się decydenci

akceptujący politykę refundacyjną Narodowego Funduszu Zdrowia, który ustala zasady własne, trzeba to powiedzieć wyraziście, kto zasługuje na dobre i godne leczenie a kto nie.

Z aktualnego przepisu NFZ wynika, że leki przeciwpsychotyczne tzw. nowej generacji są refundowane wyłącznie dla rozpoznania „schizofrenia nr klasyfikacji F-20”. Pozornie niby jest wszystko w porządku, państwo roztacza opiekę nad chorymi na schizofrenię czy jednak to rozpoznanie stawia się od pierwszego dnia choroby? Czy można w ogóle znaleźć ten pierwszy dzień choroby?

Schizofrenia jest psychozą, która w zdecydowanej większości rozwija się skrycie i podstępnie, czasami przez wiele lat. Rozpoznać ją nie jest prosto. Nie można jednak pominąć faktu, że postawienie rozpoznania schizofrenii od razu i bez wątpliwości jest obarczone ryzykiem zbyt wczesnej traumatycznej (dla chorego i rodziny) diagnozy. Czasami urojenia i omamy nie są jej wyłącznym przejawem a jest nim postępująca przez lata izolacja od świata. Czy lekarz może jednak zwlekać z leczeniem? – aż do zapisania „F-20” w historii choroby? Jest zmuszony postawić zdecydowaną diagnozę „schizofrenia” w sytuacji ordynowania leków nowej generacji, tych, które nie dają wspomnianych objawów ubocznych, likwidują nie tylko podstawowe objawy psychotyczne, są akceptowane przez chorego, przywracają mu szybko funkcje społeczne (szkolne, zawodowe, rodzinne). Lekarz stawiany jest w sytuacji etyczno-moralnego wyboru. Kierując się tym narzuconym imperatywem moralnym pozostaje w konflikcie sumienia – albo będzie leczył zgodnie z zasadami etyki albo zostanie przez NFZ określony „wyłudzaczem państwowych pieniędzy” narażającym skarb państwa na straty i z tego tytułu ukarany nawet kilkudziesięciotysięczno złotowymi karami (za przepisanie leków refundowanych osobom z psychozami jednak jeszcze nie z postawionym na wyrost rozpoznaniem schizofrenii co do której nie ma pewności lub chcąc oszczędzić przed tym słowem chorego i jego rodzinę) albo stosując się do polityki NFZ przepisze przeciwpsychotyczny lek tani, też refundowany lecz starej generacji, którego chory nie zaakceptuje i przerwie leczenie.

Obłudą NFZ wypowiedaną przez jego kontrolerów jest pogląd obowiązujący w tej instytucji, że „lekarz może przepisać choremu nawet najlepszy i skuteczny lek, osobie z psychozą za pełną odpłatnością” (te kilkaset złotych miesięcznie w wysokości renty). Oczywiście, że nikt tego lekarzowi nie zabroni (NFZ- jak widać nawet zachęca). Lekarz wie, że drogi lek nie będzie przez chorego wykupiony w aptece (są to ludzie tak chorzy, z psychozą, że nie pracują, często nie mają jakichkolwiek świadczeń np. renty w wysokości kosztów miesięcznego leczenia. Lekarz też wie, że stary klasyczny lek przeciwpsychotyczny zraża chorego do leczenia, bo czuje się po nim źle, chodzi sztywny, ma ślinotok, zwraca na siebie uwagę otoczenia.

Trzeba powiedzieć wprost, że polityka refundacyjna leków w pokrętny sposób chce szukać pieniędzy w kieszeniach lekarzy i pacjentów. Efektem takiego założenia jest:

1. Ograniczenie chorym psychicznie dostępu do skutecznego leczenia;
2. Zmuszanie lekarzy w przypadku niejednoznacznej psychozy do stawiania rozpoznania schizofrenii na wyrost po to, by chorzy mogli uzyskać skuteczne i przyjazne leczenie choć takie rozpoznanie dla nich i ich rodzin brzmi często jak wyrok nieuleczalnej choroby;

3. Doprowadzenie do statystycznie sztucznego, zawyżania zapadalności i zachorowalności w Polsce na schizofrenię (F-20) przy proporcjonalnym zmniejszaniu się zachorowalności na inne psychozy z kręgu schizofrenii (F-21 – F29);
4. Stawianie lekarzy psychiatrów w sytuacji dwuznacznego moralno-etycznego wyboru. Albo – będą leczyć psychotycznego pacjenta dostępnymi mu finansowo, skutecznymi lekami 2-giej generacji zawsze, mimo stygmatyzacji jego i jego rodziny diagnozując mu schizofrenię (co do której nie ma pewności chociaż pacjent ma urojenia). Albo będą leczyć tego samego psychotycznego pacjenta tymi samymi lekami jednak bez zamiaru stygmatyzacji i z nadzieją dla rodziny ale z diagnozą psychozy urojeniowej (nie schizofrenii), przepisując jednak choremu refundowany lek przeciwpsychotyczny 2-generacji i z konsekwencją przyjęcia na siebie zarzutu „wyłudzenia nienależnych choremu leków” za które z odsetkami muszą zapłacić do wysokości pełnej ich ceny. (Chorych nie stać na leczenie takim lekiem gdy nie ma on refundacji). Albo pozostawienie lekarzom (najbardziej preferowanego) trzeciego wyjścia, poprzez zlecenie takim chorym leczenia lekami starej generacji, co do których – wiadomo, że są tanie, nieakceptowane, samowolnie przez chorych odstawiane, dające bardzo dużo poważnych objawów ubocznych i niepożądanych – co jest szczególnie pokrętne. Zmusza to lekarzy do leczenia metodami, co do których wiedzą, że wbrew przysiędze lekarskiej nie należą one do, które wg. współczesnej wiedzy wcale nie są uznawane za najlepsze.

Prawdopodobnie nieodległy jest czas, że preferowane przez NFZ neuroleptyki starej generacji zostaną wycofane z lekospisów tak jak stało się kilka lat temu z thioridazyną czy imipraminą. Jak długo ma to być jeszcze okupione cierpieniem, społecznym naznaczeniem i wykluczeniem a niekiedy nawet i życiem chorych? Skąd się to bierze? Nie wszystko da się wyjaśnić ogólną mizérią finansową państwa i jego nakładów na ochronę zdrowia. Tu od dziesiątków lat pieniędzy brakowało i będzie brakować, bo społeczeństwo się starzeje, więcej jest zagrożeń zdrowotnych zwłaszcza w dziedzinie jaką jest zdrowie psychiczne. To wymaga zwiększania a nie zmniejszania nakładów. Wg prognoz w 2020 roku depresja, zaraz po chorobach serca, ma być drugą najbardziej rozpowszechnioną chorobą na świecie jednak wraz z nią narastać będą i inne schorzenia psychiczne. Środowisko psychiatrów reprezentowane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne od lat mówiło o tym na różnych forach. Głos był uprzejmie wysłuchiwany, ale nic się nie zmieniało. Gdy doprowadzono do uchwalenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego po roku okazało się, że jest on „papierowy” i jak dotychczas przy pełnym poparciu idei, w praktyce wyłącznie na psychiatrów przerzuca jego realizację bez przeznaczenia na ten cel dodatkowych środków.

Dyskryminowanie chorych psychicznie i psychiatrii poprzez zmniejszające się nakłady w ogólnym podziale środków na ochronę zdrowia jest faktem. Racjonalna polityka lekowa państwa wobec osób chorych psychicznie jest jednym z elementów Narodowego Programu. Ta racjonalna polityka musi wynikać z faktu, że państwo musi brać odpowiedzialność na siebie za chorych psychicznie, oni są najslabsi, wymagają szczególnej troski i z powodu choroby nie upomną się o swoje prawa. To wykorzystał przecież nazizm w czasie II wojny światowej doprowadzając do eksterminacji chorych psychicznie pod hasłem „życie niegodne życia”.

Wielokrotnie wypowiedziany w środowisku psychiatrów postulat rozszerzenia refundacji neuroleptyków 2-giej generacji na wszystkie psychozy z kręgu schizofrenii, również te o podłożu organicznym o nr statystycznych od F – 20 do F-29 jak dotychczas pozostaje bez echa.

Czy rozszerzenie refundacji dla leków, o których mowa na wszystkie stany psychotyczne daje tak duży koszt? Nie, koszty społeczne i te rzeczywiste i te pośrednie poprzez nie leczenie psychoz są na pewno większe.

Faktem naukowo stwierdzonym jest, że rozpoznanie schizofrenii można postawić po 6 miesiącach utrzymywania się psychozy. Faktem jest też, że im dłużej zwleka się (nie z rozpoznaniem) ale z rozpoczęciem (z powodów refundacyjnych) skutecznego i co niezwykle ważne akceptowanego leczenia – tym rokowanie jest gorsze.

Za to, że ok. 10% pacjentów ze schizofrenią ostatecznie popełnia samobójstwo nie zawsze odpowiedzialna jest sama psychoza. Zbyt późne, nieakceptowane, z drogie dla chorego leczenie czy wreszcie sama złowrogo brzmiąca diagnoza to poważne przyczyny tragicznej statystyki w tej psychozie.

Jak zapobiegać rozwojowi schizofrenii i jak nie doprowadzać w trakcie leczenia do zaostrzenia choroby i nawrotu objawów?

1. Wczesne włączenie leczenia skutecznym i gwarantującym dobrą współpracę lekiem już w trakcie objawów psychotycznych przed upływem 6 miesięcy które muszą minąć do momentu postawienia rozpoznania schizofrenii.
2. Polityka lekowa i zasady refundacji nie mogą doprowadzać do przerywania leczenia (odstawienia przez chorego leku z powodu zasad jego refundacji)
3. Zasady refundacji nie mogą prowadzić do ingerencji w proces diagnostyczny na zasadzie jego przyspieszania lub odraczania czy zmiany diagnozy.
4. Umożliwienie lekarzowi skoncentrowanie się na pacjencie a nie na tworzeniu dokumentacji pod kątem kontroli zasadności zmiany leczenia.
5. Nie może być tak, że lek skuteczny lek refundowany można stosować wyłącznie w sytuacji braku poprawy po dotychczasowym leczeniu. To zmusza lekarza do: natychmiastowego odstawienia tego leku gdy tylko odnotuje w dokumentacji, że chory się poprawił lub wbrew faktom – do nie odnotowania poprawy. Schizofrenia nie jest przeziębieniem. Poprawa po leczeniu nie jest przesłanką do odstawienia leku. Wręcz przeciwnie winna skłaniać lekarza do kontynuacji leczenia tym lekiem.
6. Nie można różnicować chorych w dostępności do różnych form leków przeciwpsychotycznych w zależności od tego czy przebywają we własnym domu czy też w Domu Pomocy Społecznej. Pensjonariusze DPS-ów mają ograniczone możliwości przyjmowania leków o przedłużonym działaniu.

7. Kontrolowanie poprawności dokumentowania „uporczywego braku współpracy pacjenta”, stanowiącego podstawę zasadności ordynowania, niektórych leków przeciwpsychotycznych, winno przez kontrolujących być poprzedzone wydaniem instrukcji udokumentowania braku współpracy. Z uwagi na skargi lekarzy, karanych przez kontrolerów NFZ, że niewłaściwie dokumentują brak współpracy, staraniem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opracowano „Kwestionariusz oceny współpracy pacjenta leczonego lekami przeciwpsychotycznymi”, który może być uzupełnieniem dokumentacji medycznej. Taki kwestionariusz w dokumentacji leczenia winien być podstawą oceny prawidłowości postępowania diagnostycznego i terapeutycznego przez instytucje kontrolne. Nie doprowadzi to do absurdu, że odnotowanie poprawy zmusi lekarza do natychmiastowego odstawienia leku refundowanego.

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

Prawa pacjenta. Stan prawny.

dr n. prawn. Dorota Karkowska – Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Dowolność ustawodawcy zwykłego w konstruowaniu systemu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i wyborze konkretnych rozwiązań prawnych, regulujących organizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej, relacje między podmiotami oraz metody finansowania, nie jest nieograniczona. Przepisy ustawy zasadniczej nakładają na władzę publiczną szereg obowiązków w stosunku do obywateli, bez względu na rodzaj choroby, którą obywatel jest dotknięty, w tym – nawiązując do art. 30, art. 38 oraz art. 68 ust. 1 Konstytucji RP (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm. dalej: Konstytucja RP) Z kolei art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zawiera nakaz stworzenia systemu opieki zdrowotnej, w tym psychiatrycznego systemu opieki zdrowotnej, który służyć ma nie tylko praktycznej realizacji prawa do życia i związanego z nim prawa do ochrony zdrowia, ale także zapewnienie obywatelom bez względu na jednostkę chorobową, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym konstytucyjny ustanowił zakaz tworzenia takich regulacji prawnych, które wprowadzałyby nieusprawiedliwione bariery finansowe dotyczących dostępu do świadczeń (art. 65 u.ś.o.z.).

Kluczowe obowiązki władzy publicznej

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych określić ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Ustawodawca stworzył ram prawne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, oraz określił mechanizmy kontroli i nadzoru gwarancji zapewniania równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Zakres zadań władzy publicznej w sektorze psychiatrycznej opieki zdrowotnej wynika przede wszystkim z rozdziału 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. dalej: ustawy u.ś.o.z.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112, poz. 654; dalej u. dz. l.) oraz rozdziału 1 zatytułowanego „Przepisy ogólne” ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm., dalej: u.o.z.p.). Bezpośrednie określenie obowiązków władzy publicznej w przepisach prawa jest zgodne ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, że obowiązek zapewniania określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych (orzeczenie TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1).

Pojęcie „organy władzy publicznej” należy rozumieć szeroko, obejmując nim organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane (art. 1 ust. 1 u.o.z.p.). Ponadto, w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć organizacje pozarządowe oraz każdy inny podmiot (art. 1 ust. 2 u.o.z.p.). Zadania samorządu terytorialnego i wojewody dotyczą działań w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, natomiast Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Finansów oraz innych bezpośrednio wskazanych ministrów – dotyczą zadań wynikających z przepisów.

W kontekście ochrony zdrowia psychicznego zadania władzy publicznej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mając na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie, w trybie i na zasadach określonych przede wszystkim ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawą o ochronie zdrowia psychicznego (art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz art. 6 u.ś.o.z.). Kluczowym celem podejmowanych działań jest zapewnianie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości i **przeciwdziałanie ich dyskryminacji** (art. 2 ust. 1 u.o.z.p.). Zadania władzy publicznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w drodze rozporządzenia wykonawczego określa Rada Ministrów w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej: NPOZP), biorąc pod uwagę konieczność ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 2 ust. 2 i ust. 6 u.o.z.p.). Z uwagi na charakter prawny NPOZP – rozporządzenie wykonawcze i zakres upoważnienia Rady Ministrów w tym zakresie (art. 2 ust. 6 u.o.z.p.), postanowienia tego aktu prawnego muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami wynikającymi z ustaw co oznacza, że de facto NPOZP nie można wprowadzać nowych rozwiązań, jedynie uszczegóławiać już obowiązujące w ustawach, ale jednocześnie nie może ograniczać praw osób z zaburzeniami psychicznymi wynikającymi z ustaw. Rada Ministrów (rząd) działając na podstawie delegacji ustawowej – określa także w drodze rozporządzenia sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (art. 4 ust. 3 u.o.z.p.).

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej określonym jako dział „zdrowie” (ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej), pełni rolę inicjatora polityki państwa i rządu w zakresie m.in. ochrony zdrowia psychicznego (także przez proponowanie nowych unormowań prawnych w sferze zdrowia) oraz organu czuwającego nad realizacją tej polityki. Wpływa na działania innych podmiotów publicznych związanych z ochroną zdrowia psychicznego poprzez tworzenie polityki zdrowotnej państwa. Wprawdzie art. 2 ust. 7 u.o.z.p. nakłada jedynie na Ministra Zdrowia coroczny obowiązek przedkładania Radzie Ministrów informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, to jednak z uwagi na ustawową rolę tego ministra w systemie opieki zdrowotnej, można stwierdzić jego bezpośrednią odpowiedzialność za stopień realizacji NPOZP.

Ogromna rola przypada Ministrowi Zdrowia w związku z kompetencją do wydawania rozporządzeń jako aktów prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności do ustawy o ochronie zdrowia

psychicznego, ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Tym samym Minister Zdrowia m.in. określa szczegółowe wymagania jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, kierując się potrzebą bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta (art. 22 ust. 3 u. dz. I.) oraz fakultatywnie (czyli może, ale nie musi) określić standardy postępowania medycznego w dziedzinie psychiatrii lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się zapewnieniem odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 5 u. dz. I.). W tym zakresie weryfikacji wymagają m.in. już rozporządzenie w sprawie stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzający podwyższone ryzyko u pacjentów hospitalizowanych bez swojej zgody, brak transparentnych zasad szkolenia osób uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego.

Minister Zdrowia ma kompetencje kontrolne w stosunku do psychiatrycznych podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem i medycznym, a w szczególności prawo do wizytacji pomieszczeń, obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w sposób nienaruszających praw pacjenta psychiatrycznego; oceny uzyskanej dokumentacji medycznej; oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (art. 118 u. dz. I.). Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli psychiatrycznych podmiotów: organom samorządów zawodów medycznych; medycznym towarzystwom naukowym; uczelniom medycznym; instytucjom badawczym czy specjalistom z dziedziny psychiatrii (art. 119 u. dz. I.).

Minister Zdrowia decyduje o pozytywnym koszyku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych. Zakwalifikowanie danego świadczenia do koszyka świadczeń zdrowotnych oznacza jego finansowanie w całości lub w części ze środków publicznych. Aby dane świadczenie z zakresu psychiatrii zostało umieszczone w jednym z koszyków, jest oceniane pod względem kosztów i efektów leczniczych. Przy podejmowaniu decyzji o wpisaniu świadczenia Minister Zdrowia bierze pod uwagę rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz Rady Konsultacyjnej. Może jednak, niezależnie od opinii Agencji, podjąć samodzielną decyzję o włączeniu danego świadczenia do koszyka lub jego usunięciu. Wykaz gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146);, określając jednocześnie poziom cen (w tym limit) oraz warunki realizacji danego świadczenia (art. 31d u.ś.o.z.). Wykaz (koszyk świadczeń) musi określać poziom ich finansowania (w sposób kwotowy lub procentowy), sposób i warunki ich realizacji (art. 31c u.ś.o.z.). Minister Zdrowia opracowuje i finansuje oraz ocenia efekty programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją (na podstawie art. 48 u.ś.o.z.). Ministra Zdrowia jest podmiotem mającym kompetencje ustalania zasad odpłatności za leki i refundacji cen leków dla osób chorujących na choroby psychiczne i upośledzonych umysłowo (art. 37 u.ś.o.z.) i nie zmienia tego faktu wchodząca w życie ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad NFZ i świadczeniodawcami w zakresie realizacji prawa równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nadzór

ma polegać na stosowaniu przez osoby upoważnione do kontroli kryteriów legalności, rzetelności i celowości oraz interesu świadczeniobiorców. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości Minister podejmuje decyzje administracyjne w przedmiocie ich usunięcia, posiada kompetencje unieważnienia decyzji i uchwał organów NFZ, ponadto w razie stwierdzenia naruszenia prawa, statusu lub interesu świadczeniobiorców, może osobom kierownictwa NFZ wymierzyć karę pieniężną w wysokości do trzymiesięcznego wynagrodzenia ukaranej osoby (dział VII ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Biorąc pod uwagę kompetencje Ministra Zdrowia w powyższym ogólnie wskazanym zakresie można stwierdzić, że organ ten uzyskał decydujący głos w prowadzeniu i realizowaniu polityki zdrowotnej państwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Odgrywa on *de facto* znaczącą rolę w kontroli systemu ochrony zdrowia. Tym samym Minister Zdrowia ponosi konstytucyjną odpowiedzialność jako władza publiczna za realizację obowiązku świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na rzecz obywateli. Taka pozycja ma oczywiście tak pozytywne, jak i negatywne aspekty. Z jednej strony powstał silny ośrodek decyzyjny w postaci ministra zdrowia, a z drugiej jednak prowadzi to do nadmiernej centralizacji systemu. Obowiązkiem Ministra Zdrowia jest również współdziałanie z organizacjami pozarządowymi w zakresie ochrony zdrowia, w tym ochrony zdrowia psychicznego zarówno o charakterze regionalnym, jak również ogólnokrajowym (art. 11 ust1. pkt. 5 u.ś.o.z.).

Wojewoda odpowiada on za wykonywanie polityki rządu na obszarze województwa (jego rolę określa ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, Dz. U. Nr 31, poz. 206). Wojewoda pełni rolę organu rejestrowego psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województwa, (art. 106 ust. 1 pkt. 1 u. dz. I.). Oznacza to odpowiedzialność wojewody za prowadzenie na jego terenie zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej odnośnie pomieszczeń i urządzeń zakładu, stosowanych wyrobów medycznych, zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające wymagania zdrowotne, oraz posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (art. 100 w zw. z art. 17 u. dz. I.). Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych prowadzony przez dany podmiot opieki psychiatrycznej musi być zgodny z podanym w rejestrze podmiotów leczniczych (art. 106 ust. 3 pkt. 6 u. dz. I.). W tym celu wojewoda nie może poprzestać na prowadzeniu rejestru, ale aktywnie weryfikować działalność podmiotów opieki psychiatrycznej wykorzystując swoje uprawnienia kontrolne (art. 111 u. dz. I.). W celu usuwania nieprawidłowości wojewoda może odmówić wpisu, nakładać kary pieniężne w sytuacji niedoinformowania go o zaistnieniu zmian podlegających wpisowi do rejestru oraz wykreślić podmiot z rejestru (art. 107 i art. 108 u. dz. I.). Ponadto, wojewoda w zakresie zapewniania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności dokonuje oceny zabezpieczenia tej opieki na terenie województwa oraz oceny realizacji zadań z zakresu administracji rządowej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, jak również jest zobowiązany do przekazywania Ministrowi Zdrowia informacji o programach zdrowotnych (art. 10 u.ś.o.z.); w porozumieniu z Ministrem Zdrowia powołuje konsultanta wojewódzkiego spośród

specjalistów psychiatrii (art. 6 ust. 1 u. k. o. z.). Od 1 stycznia 2012 r. staje się podmiotem odpowiedzialnym za tworzenie i utrzymywanie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (rozdział 13 a ustawy dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.), których doznają także pacjenci opieki psychiatrycznej.

Samorząd terytorialny. Głównymi realizatorami zadań z zakresu ochrony zdrowia, a tym samym podmiotami odpowiedzialnymi za stworzenie pozytywnych gwarancji ochrony praw pacjenta, są jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli: gmina, powiat i samorząd wojewódzki. W zakresie ochrony zdrowia w stosunku do gminy istnieje domniemanie zadań i kompetencji, jeżeli ustawowo nie przyznano odpowiednich zadań w tych dziedzinach innym podmiotom, a są to zadania publiczne. Niezwykle istotna część zadań jednostek samorządu terytorialnego z zakresu organizacji równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wiąże się z ogólnym przyporządkowaniem im konkretnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego mają także liczne zadania i kompetencje, nałożone na nie w ramach szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia psychicznego. **Zadania własne gminy** w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dotyczą głównie działań profilaktycznych. Natomiast samorządy co do zasady nie mogą finansować świadczeń zdrowotnych (działań medycznych), chyba że świadczenie zdrowotne stanowi element programu zdrowotnego realizowanego przez samorząd przy udziale podmiotu leczniczego, pod warunkiem że te same świadczenia nie są już finansowane przez Fundusz. W takiej sytuacji samorząd może nawiązać z podmiotem publicznym umowę o udzielenie świadczeń. Gminy będą finansować realizację programów zdrowotnych poprzez zawieranie umów ze świadczeniodawcami na podstawie art. 48 u.ś.o.z. w zw. a art. 7 u.ś.o.z. Do zadań zleconych gminom przez administrację rządową należą usługi opiekuńcze w ramach pomocy społecznej (art. 9 u.o.z.p.).

Powiat powinien koordynować działania polegające na wdrażaniu programów zdrowotnych na terenie powiatu (art. 8 u.ś.o.z.). Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zobowiązuje powiat do organizowania i zapewniania usług w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 6a u.o.z.p.). Zadania **samorządu województwa** to kolejny szczebel systemu realizacji programów zdrowotnych (art. 9 u.ś.o.z.). Ponadto samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa jest zobowiązany tworzyć i prowadzić zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art. 6a u.o.z.p.). Marszałek województwa upoważnia lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii do oceniania zasadności stosowania przymusu bezpośredniego przez innego lekarza, pielęgniarkę czy kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (art. 18 ust. 10 pkt. 2 u.o.z.p.); do obowiązków marszałka województwa należy zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody w tzw. trybie wnioskowym (art. 46 ust. 2b w zw. z art. 29 ust. 1 u.o.z.p.).

Niestety działania samorządu terytorialnego w zakresie programów profilaktycznych w zakresie profilaktyki chorób psychicznych są marginalne³. Jednocześnie angażowanie się jednych samorządów na rzecz działania profilaktyki chorób psychicznych, a bierność innych samorządów

stanowi może zachwianie zaufania obywateli do zapewniania równego dostępu do tego rodzaju świadczeń. Przerzucanie na gminy decyzji o tego rodzaju działaniach stanowi przejaw dyskryminacji obywateli w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, ponieważ dochodzi do niejednorodnych rozwiązań w zakresie profilaktyki z całym krajem, podejmowanie tylko działań przez zasobniejsze gminy, a tym samym brak koordynacji działań w tym zakresie. Dlatego należy postulować jednolite programy profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych w skali kraju.

Narodowy Fundusz Zdrowia organizuje obecnie w Polsce system psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, sprawuje nadzór nad realizacją zadań, oraz co jest ważne, ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie, co ma bardzo istotne znaczenie przy określaniu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców w zakresie opieki psychiatrycznej (art. 146 u.ś.o.z.). Jednocześnie nie może wydawać wiążących poleceń odnośnie decyzji administracyjnych wydawanych świadczeniobiorcą przez dyrektora oddziału. Decyzje podlegają kontroli instytucjonalnej w rozumieniu k. p. a. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów leczniczych w zakresie opieki psychiatrycznej, jak również posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności do podmiotów prowadzących takie podmioty (art. 97 ust. 6 u.ś.o.z.). Ustawodawca za podstawową zasadę przyjął oddzielenie Funduszu od świadczeniodawcy, a ich wzajemny stosunek kształtowany jest za pomocą umów o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest nieponoszenie przez Fundusz odpowiedzialności za świadczeniodawcę, który udziela świadczeniobiorcą świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w zakresie zawartej umowy. Fundusz ma jedynie na celu zapewnienie psychiatrycznej opieki zdrowotnej uprawnionym do świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Jest zobowiązany do zapewnienia każdemu uprawnionemu jednakowej jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie nie może samodzielnie kształtować wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne, która została określona przez ustawodawcę. Może decydować w pewnym stopniu o sposobie ich rozdysponowania, m.in. o sposobie alokowania zarządzanych funduszy na poszczególnych świadczeniodawców.

Do zakresu działania Prezesa należy w szczególności przeprowadzanie kontroli udzielania świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli (art. 102 ust. 5 pkt 21a w zw. z art. 64 i art. 189 u.ś.o.z.). Kontrola w szczególności może dotyczyć organizacji i sposobu udzielania świadczeń oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasadności wyboru leków, przestrzegania zasad wystawiania recept, dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kontrola obejmuje także prawo żądania od aptek wglądu w recepty i przekazywania niezbędnych informacji. Ponadto do jego zadań należy przekazywanie oddziałom do realizacji programów zdrowotnych zleczonych przez właściwego ministra oraz podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie (art. 102

ust. 5 pkt 23-25 u.ś.o.z.).

Do kompetencji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu należy m.in. przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, ich zawieranie i rozliczanie, kontrola i monitorowanie ich realizacji oraz monitorowanie celowości udzielanych w ramach umów świadczeń opieki zdrowotnej (art. 107 ust. 5 pkt 8, 10, 12 lit. a oraz pkt 14 u.ś.o.z.), kontrola i monitorowanie ordynacji lekarskich, przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek, wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b, pkt 13, 16 u.ś.o.z.).

Fundusz wykonuje swój obowiązek zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnych przez zawieranie „umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”, w ramach posiadanych przez Fundusz środków, z jednostronnym określeniem w umowie rodzaju świadczeń, zakresu, limitu, ceny itd., co jest dla świadczeniodawców wiążące. Z prawnego punktu widzenia nie jest zatem tak, że przychodzi pacjent do lekarza i ten, kierując się wyłącznie regułami aktualnej wiedzy, sztuki i etyki decyduje o rodzaju świadczenia zdrowotnego i w konsekwencji o jego kosztach, nie bacząc na zawartą umowę z Funduszem. Świadczeniodawca jest w zakresie swoich decyzji ograniczony zawartą umową. Wykonanie świadczeń ponad zakres określony w umowie co do zasady wymaga zgody Funduszu, w przeciwnym razie świadczeniodawca „naraża się na niezapłacenie mu” przez Fundusz kosztów wykonanych świadczeń. SN wskazał, że w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ustawodawca przyjął, iż obowiązek władzy publicznej zapewniania ochrony jest realizowany przy pomocy instrumentarium cywilistycznego, w drodze umów o świadczenie opieki zdrowotnej zawierany pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą, w tym także świadczeniodawcą z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W związku z tym, w treść umowy wchodzi tylko przypadki wykonanych świadczeń w zakresie ustalonego kontraktu, natomiast świadczenia wykonane ponad ustalony kontrakt nie zostają automatycznie objęte publicznym finansowaniem, nawet w przypadkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Wymaga to co do zasady renegocjacji umowy⁴. Świadczeniodawca jest w dość złożonej sytuacji, bo jest ona zdeterminowana: umową z NFZ, obowiązkami wynikającymi z tytułu prowadzenia działalności leczniczej, zasad wykonywania zawodów medycznych oraz praw pacjenta.

Prawa pacjenta osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi

W przypadku realizacji zasady równego dostępu w **aspekcie podmiotowym** chodzi o stwierdzenie, czy wszyscy obywatele dotknięci zaburzeniami psychicznymi na równych prawach mogą korzystać z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, czyli czy mają równy dostęp do systemu i czy sytuacja prawna jakichś grup świadczeniobiorców nie jest uregulowana odmiennie, tzn. czy nie są oni względem pozostałych świadczeniobiorców uprzywilejowani lub dyskryminowani (równy dostęp w systemie).

Prawo do korzystania ze świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym – ubezpieczeniem zdrowotnym oraz wskazane podmioty, bez względu na tytuł ubezpieczenia zdrowotnego (art. 2 ust. 1 pkt 3, art. 12 i 12a u.ś.o.z.)⁵. Ubezpieczonymi są osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczające się dobrowolnie oraz będące członkami rodzin osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu lub ubezpieczających się dobrowolnie.

Obok osób ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ustawodawca wyodrębnia trzy grupy osób zakwalifikowanych jako „inni niż ubezpieczeni”, które są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa (art. 13 u.ś.o.z.). Pierwszą grupę stanowią osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o których mowa w art. 12 u. p. s. (dochód leży poniżej ustalonych ustawowo granic) oraz w przypadku których występują wskazane w art. 7 tejże ustawy okoliczności uzasadniające udzielenie pomocy społecznej, przy czym osoby te nie są w stanie przezwyciężyć trudnej sytuacji życiowej, wykorzystując własne zasoby majątkowe i finansowe. Wówczas wójt (burmistrz, prezydent miasta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania świadczeniobiorcy potwierdza prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, czyli prawo do świadczeń zdrowotnych powstaje z mocy prawa (art. 54 u.ś.o.z.). Jeżeli dana osoba spełnia warunki określone w ustawie o pomocy społecznej, wójt (burmistrz, prezydent miasta) nie mogą odmówić potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Niezależnie od powyższych regulacji, ustawodawca zapewnia prawo do świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej na specjalnych warunkach. Na podstawie art. 10 u.o.z.p. zwolnione od opłat za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej są osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne) oraz osoby upośledzone umysłowo. Osobom tym przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto nieopłatnie produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze. Specjalna regulacja nie ma odniesienia do jeszcze trzeciej grupy osób zaliczonych do osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. osób wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga udzielenia świadczeń zdrowotnych (art. 10 w zw. z art. 3 pkt. 3 u.o.z.p.).

Osoba dotknięta zaburzeniem psychicznym ma takie same prawa jak każdy inny pacjent na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.). W pewnym zakresie prawa przywołanej ustawy zostały uzupełnione stosowymi regulacjami w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, chodzi szczególnie wyrażanie zgody, podejmowanie działań bez zgody pacjenta czy tajemnica zawodowa.

⁴ Wyrok SN z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04, LEX nr 137581. Szerzej B. Janiszewska, *Świadczenia ponadlimitowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego*, Prawo i Medycyna 1/2006;

⁵ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi oddzielny, samodzielny akt normatywny w stosunku do ustawy systemowej. Zgodnie z art. 1 ustawy systemowej system ubezpieczenia społecznego nie obejmuje ubezpieczenia zdrowotnego.

Pojęcie „osoba z zaburzeniami psychicznymi” jest pojęciem bardzo szerokim i odnosi się do osoby: 1) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), 2) upośledzonej umysłowo, 3) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 3 pkt 1 u.o.z.p.). Sam fakt występowania zaburzeń psychicznych nie odbiera pacjentowi zdolności do wyrażania zgody. Przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oparto na założeniu, że status prawny pacjenta psychiatrycznego nie powinien się różnić od statusu innych pacjentów. Kluczowe znaczenie dla poszanowania godności i autonomii ma określone w art. 3 pkt 4 u.o.z.p. pojęcie zgody: „Ilekczo przepisy niniejszej ustawy stanowią o zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych, oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Ustawodawstwo polskie nigdy nie przewidywało utraty zdolności do składania oświadczeń woli przez osoby chore psychicznie. Dopiero postępowanie sądowe w przedmiocie ubezwłasnowolnienia doprowadzić mogło i może do ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora, który działałby w imieniu i na rzecz osoby ubezwłasnowolnionej, w tym również składał w jej imieniu oświadczenia woli. W orzecznictwie sądów cywilnych wielokrotnie potwierdzano zasadę autonomii woli pacjenta chorego psychicznie i obowiązek lekarzy respektowania, co do zasady, stanowiska chorego w przedmiocie metod i technik leczniczych.

Ustawa psychiatryczna odróżnia przedmiot zgody, wyróżniając zgodę: na przebywanie poza szpitalem (art. 14), na badanie psychiatryczne (art. 21), na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (art. 22), na pobyt w szpitalu (art. 26), na interwencję stwarzającą stan podwyższonego ryzyka (art. 33). Zasadą ogólną jest, że postępowanie lecznicze wobec osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego za ich zgodą rozpoczynane jest na podstawie akceptacji poszczególnych interwencji medycznych. W sytuacji sprzeciwu istnieją trzy możliwe rozwiązania: wypisanie pacjenta, gdy brak jest bezwzględnych wskazań do leczenia, oczekiwanie na zmianę stanowiska, gdy są względne wskazania oraz zmiana statusu pacjenta przyjętego za zgodą na przyjętego bez zgody.

Koncepcja świadomej zgody pacjenta w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi budzi wątpliwości niektórych prawników i psychiatrów, którzy zwracają uwagę na trudności, jakie mogą pojawić się w praktyce klinicznej, czy pacjent jest zdolny do wyrażania takiej zgody i kiedy jest ona ważna. Koncepcja ta ma także znaczenie pozaprawne, powinna przyczyniać się do poprawy opieki nad pacjentem psychiatrycznym w wyniku wymiany niezbędnych informacji, wzrostu partnerstwa, zaufania i szacunku w relacji pacjent-lekarz.

Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń psychiatry w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (art. 57 u. s. o. z.), natomiast jest wymagane w opiece szpitalnej (art. 11 u.ś.o.z.), poza sytuacjami nagłymi (art. 60 u.ś.o.z.). Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa lub podmiotu leczniczego lekarz musi wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni. Wobec pacjentów

skierowanych do szpitala psychiatrycznego obowiązują takie same zasady oczekiwania jak innych pacjentów, tzn. wymagają wpisania na listy oczekujących (zgodnie z art. 20 u.ś.o.z.). Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia kryteria medyczne, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących⁶. Jako kryteria medyczne oparte na aktualnej wiedzy medycznej wymienia się: stan zdrowia świadczeniobiorcy; rokowanie co do dalszego przebiegu choroby; choroby współistniejące mające wpływa na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie; zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Świadczeniodawca, stosując powyższe kryteria medyczne, klasyfikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: 1. „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielania świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia; 2. „przypadek stabilny” – w przypadku innych niż stan nagły i przypadek o którym mowa w poprzednim punkcie. Co do zasady klasyfikacji pacjenta – świadczeniobiorca (art. 5 pkt. u.ś.o.z.) jako „przypadek pilny” dokonuje lekarz wystawiający skierowanie. Lekarz w szpitalu potwierdza (albo też nie potwierdza) pilną kategorię medyczną, a jeżeli pacjent nie ma odpowiedniej klasyfikacji, dokonuje takiej klasyfikacji. „Przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Szczególne zasady podejmowania interwencji medycznej bez zgody osób z zaburzeniami psychicznymi określa ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przy wyborze rodzaju i metody postępowania lekarz (szpital) musi brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dążyć do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla danej osoby uciążliwy (art. 12 u.o.z.p.).

Badanie psychiatryczne może być przeprowadzone bez zgody tylko wobec osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (art. 21 ust. 1 u.o.z.p.). Z treści przepisu wynika, że nie chodzi tu o osobę z ustalonymi już zaburzeniami psychicznymi, lecz o osobę, której zachowanie wskazuje na to, że ma zaburzenia psychiczne, jakie mogą prowadzić do opisanych w tym przepisie zagrożeń. Celem badania jest diagnoza, która potwierdzi lub wykluczy wskazane powyżej zagrożenia. Należy podkreślić, że ustawodawca ma tu na względzie pewien stan o charakterze ciągłym, a nie zachowanie gwałtowne, które jako akt jednorazowy godzi w życie lub zdrowie. Konieczność takiego badania stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez zgody. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza niezwłocznie przewiezienie badanego do szpitala (art. 21 ust. 2 u.o.z.p.).

Pacjent może zostać przyjęty do szpitala bez zgody w trybie nagłym albo wnioskowym.

Zastosowanie trybu nagłego jest możliwe w następujących przypadkach:

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661)

1. Pacjent jest osobą chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, niezdolną do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia. Przyjęcie takiego pacjenta następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby (art. 22 ust. 2 u.o.z.p.).
2. W sytuacjach nagłych osoba chora psychicznie lub osoba upośledzona umysłowo niezdolna do wyrażenia zgody może być przyjęta do szpitala także bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. Lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. W takim przypadku kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie (art. 22 ust. 2a i 2b u.o.z.p.).
3. W przypadku osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a która sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3-5, art. 25, 27 (art. 22 ust. 2c u.o.z.p.). Przyjęcie pacjenta wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz zawiadomienia przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (gwarancje administracyjno-medyczne).
4. Jeżeli dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ust. 1 u.o.z.p.) może ona zostać przyjęta do szpitala. O przyjęciu postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Przyjęcie pacjenta wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz zawiadomienia przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (gwarancje administracyjno-medyczne).
5. W trybie nagłym do szpitala może zostać przyjęta osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt takiej osoby w szpitalu nie może trwać dłużej aniżeli 10 dni (art. 24 u.o.z.p.).

Zastosowanie trybu wnioskowego jest możliwe w opisanych poniżej okolicznościach.

Pacjent, który jest chory psychicznie (otrzymał diagnozę lekarską), może być przyjęty do szpitala psychiatrycznego również w trybie wnioskowym, jeżeli jego dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jego zdrowia psychicznego lub jest niezdolny do samodzielnego zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jego stanu zdrowia (art. 29 u.o.z.p.). Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na konieczność ścisłego stosowania wymienionych

przesłanek przyjęcia do szpitala bez zgody w trybie wnioskowym oraz na niedopuszczalność stosowania do tych przesłanek wykładni rozszerzającej, gdyż „konsekwencją orzeczenia uwzględniającego wniosek jest ingerencja w sferę praw i wolności obywatelskich chorego człowieka”.

Wniosek w przedmiocie przyjęcia do szpitala może złożyć małżonek osoby chorej psychicznie, jej krewny w linii prostej, tj. zstępny (syn lub córka, wnuk, prawnuk) albo wstępny (rodzic, dziadek, pradziadek lub babka, prababka), rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy chorego oraz osoba sprawująca nad nim opiekę faktyczną. Jeżeli osoba chora psychicznie jest objęta oparciem społecznym, wniosek złożyć może także organ do spraw pomocy społecznej, jak gmina, powiatowy ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ośrodek pomocy społecznej. Wnioskodawcą nie może być pracownik socjalny, kontaktujący się z samotną psychicznie chorą osobą, ani osoba świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Wnioskodawca ma obowiązek dołączenia do wniosku szczegółowej opinii lekarza psychiatry publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 33 i n.u.z.o.z.) właściwego dla miejsca zamieszkania tej osoby. Opinia powinna zawierać stwierdzenie oraz szczegółowe uzasadnienie wystąpienia zarówno choroby psychicznej, jak i okoliczności uzasadniających przyjęcie pacjenta bez zgody. Chodzi przy tym o opinię aktualną, tj. wydaną nie później niż w okresie 14 dni przed datą złożenia wniosku. Następnie wniosek wraz z opinią należy złożyć w sądzie opiekuńczym miejsca zamieszkania tej osoby. Wszczęcie postępowania przez sąd nastąpi tylko wtedy, gdy opinia lekarza psychiatry jest pozytywna, tzn. uzasadnia potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym w omawianym przypadku. Opinia negatywna wywiera taki sam skutek, jaki ustawa wiąże z brakiem opinii (czyli sąd opiekuńczy nie rozpocznie postępowania). Ponadto pozytywna opinia lekarza psychiatry nie jest wiążąca dla sądu opiekuńczego, orzeczenie o potrzebie przyjęcia pacjenta w tym trybie może nastąpić tylko, gdy dołączona do wniosku opinia nie zostanie podważona w toku postępowania (np. sąd będzie miał wątpliwości, czy osoba, wobec której toczy się postępowanie, jest w ogóle chora psychicznie). Orzeczenie sądu o potrzebie hospitalizacji nie oznacza, że osoba taka może być umieszczona w szpitalu bezterminowo. Okres pobytu tej osoby w szpitalu zależy od ustania przyczyny wydania przez sąd orzeczenia o jej przyjęciu w tym trybie. Sąd określa termin pobytu w szpitalu po zapoznaniu się z opinią lekarza psychiatry (gwarancje sądowo-procesowe).

Wobec pacjenta umieszczonego w szpitalu bez jego zgody można stosować tylko niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody (art. 33 ust. 1 u.o.z.p.). W tym zakresie pacjent nie ma prawa odmowy leczenia. Lekarz odpowiadający za leczenie pacjenta hospitalizowanego bez zgody zawsze ma obowiązek zapoznania go jedynie z planowanym postępowaniem leczniczym, tzn. opisania mu sposobu postępowania i powodów jego zastosowania, chyba że jest to niewykonalne ze względu na stan psychiczny pacjenta. Taką okoliczność należy odnotować w dokumentacji medycznej. Jednocześnie postępowanie lecznicze niesłużące usunięciu przyczyn przyjęcia bez zgody jest niedopuszczalne, chyba że pacjent wyrazi na nie poinformowaną zgodę. Podkreślenia wymaga, iż problem ten nie jest jednoznaczny w świetle przepisów ustawy lekarskiej. W przypadku każdej czynności niestwarzającej podwyższonego ryzyka, jeżeli pacjent chory psychicznie (lub jego przedstawiciel ustawowy czy opiekun prawny) nie wyrazi zgody (tzn. wyrazi sprzeciw względem dokonania danej czynności

medycznej) ustawodawca i tak daje możliwość jej podjęcia, jeżeli lekarz uzyska zgodę sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 6 ustawy lekarskiej). Jest to sytuacja, w której pacjent chory psychicznie, mogący dysponować prawną i faktyczną zdolnością do wyrażania zgody (albo działający poprzez swojego przedstawiciela ustawowego), może być poddany interwencji medycznej przymusowo, nawet jeżeli wyraźnie wyrazi swój sprzeciw. Ta prawna regulacja stoi w sprzeczności z art. 7 Europejskiej Konwencji Bioetycznej (nadal nie ratyfikowanej przez Polskę), który przewiduje, że jeśli osoba zdolna do wyrażenia zgody sprzeciwia się interwencji, której niewykonanie nie spowodowałoby poważnej szkody dla jej zdrowia (bądź dla zdrowia czy bezpieczeństwa osób trzecich) lub niemającej na celu leczenia jej zaburzenia umysłowego, sprzeciw pacjenta (reprezentanta prawnego) należy uszanować na takich samych warunkach, jak w przypadku innych pacjentów mających zdolność do wyrażania zgody.

Natomiast bez zgody pacjenta (przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego) nie mogą być podejmowane czynności lecznicze służące usunięciu przyczyn przyjęcia bez zgody, lecz stwarzające dla niego podwyższone ryzyko (art. 33 ust. 3 u.o.z.p.).

W sytuacji gdy interwencja medyczna stwarzająca dla pacjenta podwyższone ryzyko niezwiązana z leczeniem zaburzenia umysłowego będzie niezbędna dla ratowania życia pacjenta, wymagana będzie zgoda sądu opiekuńczego, a jeżeli konieczna będzie natychmiastowa interwencja, lekarz może podjąć czynności bez zgody sądu lub przedstawiciela ustawowego (zachodzą przesłanki art. 34 ust. 7 u. z. l.).

Przymus bezpośredni może być zastosowany wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych) lub w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (art. 18 u.o.z.p.). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że przymus bezpośredni wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi może być zastosowany, gdy pacjent podejmie działania, które zawierają w sobie rzeczywiste zagrożenie wywołania poważnych następstw. Będzie to miało m.in. miejsce, gdy pacjent:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, usiłuje odebrać sobie życie, samouszkodzić się albo ujawnia gwałtowne pobudzenie ruchowe, prowadzące do niebezpiecznego wyniszczenia (np. w ostrych stanach delirium, stanach maniakałnych, katatonicznych lub dysforycznych);
- 2) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu innych osób w formie np. czynnej agresji;
- 3) dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, tj. zagraża większej liczbie osób albo mieniu w znacznych rozmiarach, np. zachodzi realna możliwość spowodowania pożaru, eksplozji;
- 4) przejawia takie zachowanie, jak gwałtowne niszczenie lub uszkodzanie fizycznego otoczenia;
- 5) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dopuszcza ponadto stosowanie przymusu bezpośredniego w następujących okolicznościach:

- 1) przeprowadzenie badania psychiatrycznego bez zgody (art. 21 ust. 1 u.o.z.p.);
- 2) konieczność przewiezienia badanego pacjenta do szpitala (art. 21 ust. 3 u.o.z.p.);
- 3) przy wykonywaniu czynności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody (w trybie art. 32 w zw. z art. 23, 24 i 28 u.o.z.p.);
- 4) konieczność dokonania niezbędnych czynności leczniczych, mających na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody (art. 34 u.o.z.p.);
- 5) zapobieżenie „samowolnemu opuszczaniu” szpitala psychiatrycznego w przypadku pacjenta przebywającego tam bez zgody (art. 34 u.o.z.p.);
- 6) wykonywanie postanowień sądu opiekuńczego (pacjent został skierowany do szpitala psychiatrycznego i zachodzi konieczność jego przymusowego doprowadzenia, art. 32 u.o.z.p.).

Stosowanie przymusu bezpośredniego pozwala za użycie pięciu rodzajów środków, którymi są:

- 1) przytrzymanie – jest to doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, np. zapobieżenie samowolnemu opuszczeniu oddziału;
- 2) przytrzymanie ręki pacjenta w celu wykonania iniekcji;
- 3) unieruchomienie – jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa;
- 4) izolacja – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu;
- 5) przymusowe zastosowanie leków – jest to doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody.

Brzmienie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie pozostawia wątpliwości co do tego, że środki przymusu bezpośredniego są enumeratywnie wyliczone i nie można stosować innych sposobów przymusu. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego pacjenta należy uprzedzić, jaki środek zostanie względem jego osoby zastosowany, jakie są tego powody i cele. Przy wyborze środka należy kierować się dobrem pacjenta, wybierając najmniej uciążliwy dla niego środek.

Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie w szpitalu psychiatrycznym bądź domu pomocy społecznej. Wyjątkiem od tej zasady jest przyznanie prawa podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarce, gdy zdarzenie ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej i jednocześnie nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza. Pielęgniarka określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jest ona zobowiązana niezwłocznie zawiadomić lekarza o fakcie zastosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego. Każdy przypadek zastosowania przymusu odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Z brzmienia przepisu wynika, że to nie lekarz czy pielęgniarce stosuje przymus fizyczny, a podległy im personel medyczny. Nie oznacza to, że lekarz czy pielęgniarce nie mogą tego uczynić,

jednak osobiście tego czynić nie mają obowiązku. Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Przy transporcie do szpitala psychiatrycznego pacjentowi powinien asystować lekarz lub pielęgniarka. W takich przypadkach Państwowe ratownictwo Medyczne, Policja oraz Straż Pożarna są obowiązane do udzielenia lekarzowi pomocy na jego żądanie (art. 18 ust. 5 u.o.z.p.). W ściśle określonych sytuacjach o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyzje może podjąć kierujący zespołem ratownictwa medycznego, powiadamiając o tym niezwłocznie dyspozytora (ar. 18 ust. 5 u.o.z.p.).

Pojawiają się natomiast wątpliwości co do dopuszczalności zastosowania przymusu bezpośredniego w placówkach medycznych innych niż szpitale psychiatryczne bądź domy pomocy społecznej. W art. 18 ust. 1 u.o.z.p. uprawnienie do posłużenia się przymusem bezpośrednim ograniczono poprzez wskazanie, że jest to możliwe „w toku wykonywania czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”, czyli ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Przywołana ustawa reguluje przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast pomija się możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, którzy na skutek schorzeń somatycznych znajdują się w stanie psychicznym uniemożliwiającym skuteczne leczenie, np. wstrząs anafilaktyczny, niedotlenienie mózgu, choroba Alzheimera. Podaje się więc w wątpliwość, czy można zastosować przymus bezpośredni na podstawie art. 18 u.o.z.p. i rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. wobec przypadku działań podjętych dla ochrony zdrowia somatycznego.

W konkretnym przypadku, kiedy pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody z powodu zaburzeń psychicznych o podłożu somatycznym, stosować należy instytucje zgody substytucyjnej (art. 33 u. z. I.), a w sytuacjach nagłych podjąć działanie bez zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (art. 30 u. z. I.). Podkreśla się, że w przypadku ochrony zdrowia somatycznego nie ma podstaw prawnych do sięgania do art. 18 u.o.z.p. Rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego zostało wydane w celu określania standardów stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 u.o.z.p. Ze względu na brak odmiennych uregulowań prawnych podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec pacjenta w szpitalu niepsychiatrycznym może nastąpić na podstawie art. 18 u.o.z.p. , ale tylko wówczas, gdy zachodzą przesłanki jego zastosowania. Natomiast w innych sytuacjach lekarz może zlecić zastosowanie przymusu bezpośredniego na podstawie art. 33 w zw. z art. 30 u. z. I. W obliczu braku standardów stosowania przymusu bezpośredniego w sytuacji podjęcia decyzji o jego zastosowaniu na podstawie art. 30 u. z. I. przepisy tego rozporządzenia powinny stanowić wytyczne postępowania dla osób stosujących przymus bezpośredni.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może trwać dłużej niż cztery godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy sześciogodzinne. Regułą jest, że przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyny jego zastosowania. Jeżeli łączny czas zastosowania każdego z nich miałby przekroczyć 24 godziny, może to nastąpić tylko w warunkach szpitalnych. Lekarz nadzoruje wykonanie przymusu bezpośredniego. Powinien obejrzeć (widzieć, wizytować, badać) pacjenta tak często, jak to jest konieczne. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy

społecznej) kontroluje stan pacjenta (podopiecznego) znacznie częściej – co 15 minut. Każdy wypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Lekarz, który podjął decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, zobowiązany jest zawiadomić o tym osobę upoważnioną do oceny zasadności jego postępowania. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego ocenia w ciągu trzech dni kierownik tego podmiotu. Natomiast w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego poza podmiotem leczniczym (w tym w domach pomocy społecznej) oceny dokonuje, w terminie trzech dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje również gwarancje sądowno-kontrolne dla przestrzegania praw pacjenta. Sędzia ma prawo wizytacji szpitala o każdej porze dnia i nocy. Kontroluje legalność przyjmowania pacjentów oraz stosowania przymusu bezpośredniego, wysłuchuje osób przyjętych do szpitala bez zgody. W razie stwierdzenia, że pobyt danej osoby w szpitalu jest całkowicie bezzasadny sędzia zarządza natychmiastowe wypisanie ze szpitala.

Ocena przestrzegania praw pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia oraz przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego należy również do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Taką ocenę Rzecznik powinien podejmować z własnej inicjatywy.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 50 ust. 1 zawiera odrębne gwarancje poufności w stosunkach pacjenta i jego otoczenia z instytucjami i służbami psychiatrycznymi. Obowiązkiem zachowania tajemnicy objęte są wszystkie osoby zatrudnione w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Jest to ogólny obowiązek zachowania tajemnicy, w kwestii szczegółowego ustalenia jego zakresu ustawa odsyła do unormowań dotyczących danej grupy zawodowej. W odniesieniu do osób, które wykonując zawód medyczny, uczestniczą w wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie, a co do których brak jest stosownych regulacji ustawowych, obowiązują będą przepisy zawarte w ustawie o prawach pacjenta i w ustawie psychiatrycznej.

Na zakończenie warto przywołać stan prawny w zakresie statusu Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, ponieważ tylko szpitale psychiatryczne posiadają tego rodzaju stanowiska regulowane ustawowo. Zakres jego zadań regulują przepisy od art. 10a do art. 10d u.o.z.p. Rzecznicy Praw Pacjenta Psychiatrycznego zostali powołani w wyniku nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 1 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 141, poz. 1183).

Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego może być osoba, która: posiada wykształcenie wyższe, wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osób z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw, doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, jest obywatelem polskim, korzysta z pełni praw publicznych, nie była karana za przestępstwo popełnione z winy umyślnej, cieszy się nieposzlakowaną opinią. Jednocześnie Rzecznik nie może być: świadczeniodawcą (w rozumieniu art. 5 pkt 41 u.ś.o.z.), właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 u.ś.o.z., jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą,

właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, właścicielem akcji lub udziałów w spółce prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającą produkty lecznicze lub wyroby medyczne, członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do jego zadań należy ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Zadanie to realizowane jest w szczególności przez:

- 1) pomoc w dochodzeniu praw pacjentów w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego;
- 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób;
- 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób;
- 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Zadania Rzecznika określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego (Dz. U. Nr 16, poz. 126 z późn. zm.). W celu realizacji zadań ma on prawo:

- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego;
- 2) występowania z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzyły ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń;
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.

Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do zapewnienia warunków realizacji zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz przekazywania informacji o zakresie działania i sposobie kontaktu z tym Rzecznikiem. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny mają prawo w szczególności do: przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta, spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby, uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy. W zakresie swoich zadań Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego współpracuje z: Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Rzecznikiem Praw Dziecka, konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii. Szkoda jednak, że nie każdy szpital psychiatryczny ma utworzone stanowisko Rzecznika, a ci Rzecznicy, którzy są muszą łączyć pracę w kilku czasami szpitalach, co bardzo utrudnia właściwy nadzór nad pacjentami psychiatrycznymi.

Na dzień dzisiejszy brak standardów postępowania wobec osób dotkniętych określonymi zaburzeniami chorobowymi. **Czy są takie standardy?** Raczej nie. Do wymagających weryfikacji

należy uznać w szczególności standardy w zakresie postępowania wobec pacjentów hospitalizowanych bez zgody, co do których mają być podejmowane działania stwarzające podwyższone ryzyko regulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1993 r., czy zasady przeszkalania osób mogących wobec pacjenta psychiatrycznego zastosować przymus bezpośredni na podstawie art. 18 u.o.z.p.

W przypadku aspektu przedmiotowego należy stwierdzić, czy ogół świadczeniobiorców (z wyjątkiem uprzywilejowanych na podstawie art. 27 ust. 1 i art. 31 ust. 3 u. ś. z.) podrozdział 2.3. korzysta z równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem systemowej gwarancji, innymi słowy, czy nie występują różnice w zakresie świadczeń gwarantowanych poszczególnym beneficjentom.

Podsumowanie

- Konieczne są pilne, głębokie zmiany i dostosowanie systemu organizacyjnego psychiatrycznej opieki zdrowotnej do wymogów współczesnej psychiatrii oraz potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Schizofrenia jest chorobą psychiczną wymagającą przewlekłego, nowoczesnego leczenia, aby przeciwdziałać jej odległym następstwom.
- Skuteczna i efektywna ekonomicznie opieka nad pacjentami chorującymi na schizofrenię jest utrudniona przez defekty strukturalne i funkcjonalne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.
- Istotnym problemem jest niedofinansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Szacuje się je na poziomie 15–20 proc. Najpoważniejsze trudności leczenia psychiatrycznego wynikają ze zbyt niskich cen oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia jednostkowe (osobodzień, poradę) oraz dość sztywnego sposobu limitowania liczby zakontraktowanych świadczeń.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) to projekt opracowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, obejmujący zarówno diagnozę obecnego stanu, jak i propozycje nowoczesnych rozwiązań terapeutycznych.
- Schizofrenia jest ciężkim zaburzeniem psychicznym o największych kosztach leczenia. Składają się na nie koszty bezpośrednie (koszty diagnostyki hospitalizacji, wizyt ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, psychoterapii, edukacji, farmakoterapii) i koszty pośrednie (wynikające z utraty produktywności chorych i tendencji do izolacji społecznej).
- Zachorowanie i złe leczenie schizofrenii ma ogromny, negatywny wpływ na pozycję chorego w społeczeństwie. Utrudnia kontakty z innymi ludźmi, często uniemożliwia założenie rodziny, rozwój kariery zawodowej.

Prawie co drugi chory wymaga korzystania z pomocy udzielanej w ośrodkach oparcia społecznego. Większość chorych na schizofrenię utrzymuje się głównie z renty inwalidzkiej.

- Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie jest dwojaki. Z jednej strony dla większości osób choroby psychiczne są określane jako wstydlive, a chorzy często określane są w sposób pejoratywny, z drugiej zaś strony zdecydowana większość Polaków popiera projekt utworzenia narodowego programu, który promowałby zainteresowanie ochroną zdrowia psychicznego oraz sprzyjał unowocześnieniu lecznictwa psychiatrycznego.
- Przejawem dyskryminacji chorych psychicznie w Polsce jest nieuzasadnione medycznie ograniczanie dostępu do leków przeciwpsychotycznych II generacji. Szczególnie niepokojący jest brak mechanizmów refundacji tych leków dla grupy, która mogłaby z nich najbardziej skorzystać – młodych pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii.
- Osoby chorujące psychicznie mają również ograniczony dostęp do ogólnej i specjalistycznej opieki medycznej w przypadku współistnienia chorób somatycznych. Stąd przeżywalność tych osób jest ok. 10 lat krótsza niż ogólnej populacji.
- Żaden lek nie zastąpi całościowego procesu terapeutycznego i korzyści, jakie dla stanu pacjenta i jego jakości życia mogą wynikać z opieki medycznej świadczonej na odpowiednim poziomie. Zapewnienie najwyższej jakości leczenia, w tym stosowanie najbardziej odpowiednich środków farmakologicznych, jest obowiązkiem etycznym społeczeństwa i lekarzy.
- Pacjenci cierpiący na schizofrenię nadal pozostają narażeni na ryzyko powtarzających się hospitalizacji, nawrotów choroby, izolację od społeczeństwa, a co za tym idzie – na trwałą niesprawność. Konsekwencje tej spirali niekorzystnych wydarzeń są przykre nie tylko dla samych pacjentów, ale także dla ich rodziny i najbliższego otoczenia społecznego.
- Jakość opieki psychiatrycznej spada, zmniejsza się dostępność do opieki, a warunki pobytu pacjentów w wielu szpitalach psychiatrycznych urągają podstawowym prawom człowieka. Dyskryminacja dotyczy nie tylko osób psychicznie chorych, ale również osób i instytucji udzielających im pomocy. Czas najwyższy, żeby ujawnić społeczeństwu, w jakich warunkach leczeni są ludzie psychicznie chorzy w Polsce.

Bibliografia:

Wiórka B, Wiórka J. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, 2008.

World Health Organization (2005a). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 4

World Health Organization (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 6-7

Green Paper (2005). *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Dostępne na: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf, 11.).