

## **Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2005 r.)**

### **Current problems in psychiatric health care in Poland (2005)**

Stanisław Pużyński<sup>1</sup>, Wanda Langiewicz<sup>2</sup>, Bożena Pietrzykowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> II Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

<sup>2</sup> Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

Kierownik: dr n. med. B. Pietrzykowska

#### **Summary**

The paper is a presentation of the most important and actual psychiatric health care problems in Poland: the financial situation of hospitals, the risk faced by the out-patient psychiatric care, ethical problems related to clinical practice, as well as issues on postgraduate education.

*Słowa klucze:* psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce, program ochrony zdrowia psychicznego, finansowanie opieki psychiatrycznej, specjalizacja w psychiatrii, problemy etyczne

*Key words:* psychiatric health care in Poland, national programme of mental health protection, financing of psychiatric health care, postgraduate training in psychiatry, ethical problems

### **Sytuacja epidemiologiczna, podstawowe dane o leczeniu ambulatoryjnym i szpitalnym**

#### **Lecznictwo ambulatoryjne**

W świetle danych, którymi dysponuje Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w 2004 roku ambulatoryjne leczenie psychiatryczne w Polsce rozporządzało 1081 poradniami zdrowia psychicznego (54% czynnych przez 5–6 dni w tygodniu), o 134 więcej niż w roku poprzednim. Z tej liczby 621 to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz specjalistyczne gabinety indywidualnej i grupowej psychiatrycznej praktyki lekarskiej, 451 z nich (tj. 56%) ma kontrakt z NFZ. Z opieki poradni skorzystało w ciągu roku 1275,3 tys. osób, blisko 28% – po raz pierwszy. Łącznie udzielono 4,9 mln. porad (w większości lekarskich). Pozostałych porad udzielali psycholodzy bądź inni terapeuci. W stosunku do roku poprzedniego

nastąpił 12% wzrost liczby poradni, ponad 9% wzrost liczby leczonych oraz 6% wzrost liczby porad. W ogólnej populacji leczonych najczęściej rozpoznawano zaburzenia nerwicowe (26%) oraz afektywne (21%), w dalszej kolejności zaburzenia organiczne (15%), schizofrenię lub inne zaburzenia psychotyczne z grupy F20-F29 (14%).

W 406 poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia udzielono 1,4 mln porad 201 tys. zarejestrowanych, głównie mężczyzn (81%). Podejmujący leczenie po raz pierwszy stanowili 41% ogółu leczonych. W odróżnieniu od poradni zdrowia psychicznego, tu większość porad (85%) udzielana była przez psychologów bądź terapeutów uzależnień. W porównaniu z rokiem poprzednim zmalała zarówno liczba poradni, jak i liczba leczonych oraz udzielonych porad.

W 73 poradniach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, których liczba w porównaniu z rokiem 2003 zmalała o 17, zarejestrowano blisko 40 tys. osób, w tym 45% po raz pierwszy. W stosunku do roku 2003 zwiększyła się ogólna liczba zarejestrowanych osób, jednocześnie zmniejszyła się ogólna liczba udzielonych porad.

W 2004 roku w psychiatrycznym i odwykowym leczeniu ambulatoryjnym łącznie wydano ponad 78 tys. skierowań do placówek całodobowych.

### Lecznictwo szpitalne

Lecznictwo szpitalne dysponowało w 2004 roku łącznie 31 277 łózkami – głównie w 54 zakładach i szpitalach psychiatrycznych. Na opiekę pełnodobową przypadało blisko 6 tys. łóżek na 145 oddziałach psychiatrycznych 97 szpitali ogólnych, klinicznych i innych specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2003 liczba łóżek nieznacznie wzrosła – w szpitalach psychiatrycznych o 185, a na oddziałach szpitali ogólnych – o 172. Nastąpił dalszy wzrost (o 17%) liczby łóżek w ośrodkach rehabilitacyjnych – głównie prowadzonych przez stowarzyszenie Monar – dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (2382 w 2003 r., 2637 w 2004 r.). Baza łóżkowa oddziałów i ośrodków dla uzależnionych od alkoholu praktycznie biorąc nie zmieniła się (1482 w 2003 r., 1493 w 2004 r.). Wzrosła natomiast o ponad 300 liczba łóżek na oddziałach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (4013 w 2003 r., 4317 w roku 2004).

Znaczącym wydarzeniem było zakończenie prac adaptacyjnych i organizacyjnych związanych z oddaniem do użytku Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Ten dysponujący 40 łózkami oddział rozpoczął już przyjmowanie pacjentów.

### Formy pośrednie

W 2004 roku w całym kraju było 181 oddziałów dziennych (o 13 więcej niż rok wcześniej) z łączną liczbą 3,9 tys. miejsc. Dla uzależnionych od alkoholu było ich 31, od innych środków psychoaktywnych – 6, dla osób z zaburzeniami nerwicowymi – 14, a dla dzieci i młodzieży – 18.

Liczba oddziałów leczenia środowiskowego i hosteli zmieniła się w stosunku do roku 2003 i wynosiła odpowiednio 27 (w 2003 r. – 22) i 11 (w 2003 r. – 7). Najwięcej oddziałów leczenia środowiskowego było w województwie mazowieckim – 7 i małopolskim – 5, w podlaskim 4, po 3 w woj. dolnośląskim i zachodniopomorskim,

2 w lubelskim, po jednym w woj. kujawsko-pomorskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim.

Tabela 1

**Liczba łóżek w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej w Polsce w 2004 r.**

Typ oddziału	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Wskaźnik na 10 tys. ludności
Psychiatryczny ogólny	338	15564	4,1
Psychosomatyczny	20	648	0,2
Psychiatryczny geriatryczny	17	575	0,2
Psychiatryczny rehabilitacyjny	11	361	0,1
Leczenia nerwic	12	357	0,1
Dla chorych na gruźlicę	10	301	0,1
Psychiatrii sądowej	29	825	0,2
Dla dzieci i młodzieży	37	1048	0,3
Leczenia uzależnień od alkoholu (z detoksykacyjnym)	120	3847	1,0
Leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych	86	2715	0,7
Dla przewlekle chorych	16	719	0,2
Opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	67	4317	1,1
<b>OGÓŁEM</b>	<b>763</b>	<b>31277</b>	<b>8,3</b>

### Kadry

Od kilku lat problemem jest określenie rzeczywistej liczby personelu w lecznictwie psychiatrycznym. Przede wszystkim lekarze, ale także inny personel coraz częściej zatrudniani są na części etatu albo na podstawie umów cywilnoprawnych, w których nie ma wymogu określenia liczby godzin pracy, tak więc mamy do czynienia z liczbą zawartych umów, a nie liczbą osób. Utrudnia to określenie liczby tzw. etatów przeliczeniowych, a co za tym idzie – jednego z podstawowych wskaźników dostępności opieki lekarskiej, tj. liczby ludności przypadającej na 1 etat lekarski. Ponadto etaty obecnie nie są określane jednolitą w skali roku liczbą godzin, jest ona różna w różnych placówkach, zależna od wykonywanych w nich zadań, i wynosi od 1800 do 2016. W 2004 r. przyjęto przelicznik etatowy wynoszący 1900 godzin.

### Modernizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej – nowe problemy

W minionych latach miał miejsce dynamiczny rozwój oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, których liczba w 2004 r. osiągnęła 145. Fakt ten należy uznać za istotny sukces w procesie modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju. Niestety, w 2005 r. pojawił się niepokojący zamiar likwidacji 2 takich oddziałów. Dotyczy to Elbląga i Kielc. Wg ustnych informacji, które przekazał ordynator

Tabela 2

**Zatrudnienie kadr w psychiatrycznej oraz odwykowej opiece zdrowotnej w Polsce w 2004 r.**

Miejsce zatrudnienia	Lekarze			Psycho- lodzy	Pielę- gniarki	Pracownicy socialni	Specjaliści i instruktorzy uzależnień
	ogółem	I <sup>o</sup>	II <sup>o</sup>				
OGÓŁEM	2899	405	1146	1328	9070	234	907
Szpitale psychiatryczne	1253	173	670	485	5689	132	219
Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych	704	bd.	bd.	bd.	1880	bd.	bd.
Ośrodki i oddziały uzależnień	79	8	16	72	116	11	116
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	73	bd.	bd.	36	644	bd.	bd.
Poradnie zdrowia psychicznego	692	191	423	495	581	67	14
Poradnie odwykowe	87	30	32	206	140	21	470
Poradnie uzależnień	11	3	5	34	20	3	88

oddziału w Elblągu, niebezpieczeństwo zamknięcia tego oddziału zostało zażegnane (przynajmniej chwilowo). Gorzej przedstawia się sytuacja w Kielcach, gdzie w ciągu ostatnich kilku lat tamtejsze władze po raz trzeci powzięły zamiar „wykwaterowania” osób psychicznie chorych z obecnej siedziby – którą są zbudowane przed 30 laty typowe, dostosowane do wymogów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, pomieszczenia – do „obiektów z odzysku” na peryferiach miasta, pod lasem. W sprawie tej konsultant krajowy skierował protest do władz wojewódzkich i spotkał się, wraz z prof. J. Wciórką – prezesem ZG PTP, z przedstawicielami wojewody oraz marszałka informując, że zamiar ten pozostaje w rażącej sprzeczności z założeniami programu ochrony zdrowia psychicznego, który zakłada tworzenie sieci oddziałów psychiatrycznych w kompleksie oddziałów somatycznych szpitali miejskich i wojewódzkich, oraz lokalizowanie takich oddziałów w najmniejszej odległości od miejsca zamieszkania pacjentów. Realizacja projektu likwidacji oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym pogorszy opiekę medyczną świadczoną na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, ograniczy (w sytuacjach naglących wydatnie utrudni lub uniemożliwi) korzystanie tej grupy chorych ze specjalistycznych badań diagnostycznych i pomocy konsultacyjnej lekarzy innych specjalności. Jak dotychczas, władze wojewódzkie w Kielcach nie zmieniły swojego planu zlikwidowania oddziału psychiatrii w kompleksie szpitala wojewódzkiego.

**Sytuacja finansowa psychiatrycznej opieki zdrowotnej,  
kontraktowanie usług w NFZ**

Z analizy planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że nakłady na świadczenia psychiatryczne w ostatnich dwu latach kształtowały się na poziomie

1,0–1,1 mld zł i nie przekraczały 3,5% całości wydatków ponoszonych na świadczenia zdrowotne. Wykazywany w planach finansowych do końca 2004 roku wzrost nakładów w skali kraju był przede wszystkim efektem przesunięć środków z innych działań opieki (m.in. opieki długoterminowej), w ramach których wcześniej finansowano część świadczeń psychiatrycznych. Brak realnego wzrostu pozostawał w zgodzie z dość powszechną opinią świadczeniodawców, zwłaszcza dużych placówek psychiatrycznych o nieskuteczności negocjowania wyższej wartości kontraktów.

Większe środki zaplanowane na 2005 rok mogły wpłynąć na poprawę warunków kontraktowania świadczeń z zakresu psychiatrii i uzależnień. Niestety, dość optymistycznie wyglądający pierwszy plan finansowy na rok 2005, zapowiadający przyrost środków o 48 mln zł (tj. o 4,5%), został wkrótce zredukowany o ponad 16 mln zł. Główną ofiarą cięć okazał się plan finansowy województwa mazowieckiego, którego środki zmniejszono o prawie 19 mln zł. Materiały finansowe NFZ, dotyczące kontraktów zawartych w 2004 roku na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, pozwalają na dokładniejszą analizę finansowania tej kategorii świadczeń.

Wartość zrealizowanych w 2004 roku kontraktów wyniosła ostatecznie 1 040 mln, co w przeliczeniu na 100 ubezpieczonych dawało średnio kwotę 2 723 zł. Najniższy wskaźnik, w granicy 2 000–2 300 zł na 100 ubezpieczonych, przypadał na województwa: podkarpackie, zachodniopomorskie, małopolskie i kujawsko-pomorskie, najwyższy, w przedziale 3 000–5 000 zł, był w województwach: lubuskim, mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim.

Z ogólnej kwoty 15% przypadało na świadczenia ambulatoryjne, 6% na opiekę dzienną i najwięcej – 79% – na opiekę stacjonarną. W kosztach świadczeń dla osób uzależnionych, które stanowią blisko 20% ogółu kosztów świadczeń psychiatrycznych, większy udział mają koszty świadczeń ambulatoryjnych (22%), mniejszy – stacjonarnych (73%). W stosunku do świadczeń psychiatrycznych w 2004, w roku 2005 nadal obowiązywały niekorzystne, w porównaniu z innymi specjalnościami medycznymi, maksymalne ceny jednostek rozliczeniowych, które przez większość wojewódzkich oddziałów NFZ obniżane były o dalsze 20–30%. Na ogół częściej obniżano ceny świadczeń szpitalnych, chociaż w niektórych województwach podobnie traktowano także świadczenia ambulatoryjne. W rezultacie ceny tzw. osobodnia na różnych typach oddziałów wykazywały znaczne wahania w poszczególnych województwach, co tylko częściowo daje się wytłumaczyć odmienną strukturą ich poziomów. I tak na przykład, ceny na oddziałach psychiatrycznych ogólnych, przy średniej wartości 90,90 zł, wahały się od 76,50 do 105,50 zł. Najniższa cena osobodnia była w województwach: lubuskim, pomorskim i podlaskim, natomiast najwyższa – w mazowieckim, wielkopolskim i świętokrzyskim.

Jeszcze większe dysproporcje odnotowano w przypadku cen osobodnia na oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu, które wahały się od 62 do 102 zł (przy średniej krajowej 80,00 zł), osiągając najniższą wartość w województwie śląskim i lubelskim, najwyższą – w mazowieckim, świętokrzyskim, podlaskim i łódzkim. Najbardziej niezrozumiała była różna wycena przez oddziały wojewódzkie NFZ tego samego rodzaju świadczeń, wypełnianych na tym samym poziomie i w porównywalnych warunkach.

W powszechnej opinii świadczeniodawców warunki finansowe funkcjonowania zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w 2004 roku, narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, były niewystarczające zarówno w stosunku do ponoszonych kosztów, jak i do rosnącego zapotrzebowania na świadczenia z tego zakresu.

Z danych tych wynika, że obserwowana w latach minionych trudna sytuacja finansowa placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie poprawiła się, w niektórych regionach kraju uległa nawet pogorszeniu. Interwencję konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii zarówno w centrali NFZ, jak i w niektórych oddziałach wojewódzkich, okazały się nieskuteczne.

W czasie kilku spotkań z przedstawicielami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (p. prezes Kamiński, p. Hajdas, p. Czarnecka) zgłoszono szereg postulatów dotyczących warunków kontraktowania świadczeń w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej na rok 2006; potwierdzono je na piśmie. Do najważniejszych należy zaliczyć:

- Zwiększenie liczby rozliczeniowych punktów dla stacjonarnych komórek organizacyjnych III poziomu – obecna liczba punktów nie jest adekwatna do kosztów świadczeń wypełnianych w warunkach zgodnych z wymaganiami sformułowanymi dla tego poziomu.
- Podniesienie wartości punktu rozliczeniowego. Obecna wartość – znacznie niższa niż w innych, porównywalnych, rodzajach świadczeń zdrowotnych (lecznictwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i opieka długoterminowa) – stwarza sytuację, że świadczeniodawcy z zakresu leczenia psychiatrycznego i uzależnień często nie są w stanie zapewnić opieki na odpowiednim poziomie, ponieważ finansowanie świadczeń nie pokrywa faktycznie ponoszonych kosztów.
- Podwyższenie – do poziomu 80% – finansowania hospitalizacji trwających dłużej niż limity proponowane w materiałach informacyjnych opracowanych przez NFZ.
- Finansowanie przepustek, które są uznawane i powszechną formą terapii, na poziomie 90% bądź na dotychczasowych zasadach. Proponowane drastyczne obniżenie (do 70%) finansowania tej szczególnej, ustawowo zagwarantowanej formy terapii, polegającej na sprawdzaniu – na podstawie pewnego rodzaju treningu domowego – możliwości powrotu pacjenta do środowiska, spowoduje, że będzie ona stosowana znacznie rzadziej, z niewątpliwą szkodą dla pacjentów.
- Dodatkowe finansowanie kosztownych procedur związanych z leczeniem poważnych stanów somatycznych, występujących w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej, narażających świadczeniodawców na straty, ponieważ stawki za świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w żadnym stopniu nie pokrywają ponoszonych kosztów.
- Uznanie przyjęć w czasie krótszym niż 14 dni od poprzedniego pobytu w szpitalu za ponowną hospitalizację w przypadku, gdy odmowa zagrażałaby życiu pacjenta.
- Uwzględnienie możliwości wypełnienia świadczenia: „turnus rehabilitacyjny” na wszystkich rodzajach oddziałów dziennych, które, w świetle dotychczasowych doświadczeń, są jego faktycznymi organizatorami.

- Jednoznaczne określenie, że prawo pacjenta do więcej niż jednego świadczenia w dniu zgłoszenia dotyczy także poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w których w tym samym dniu można pacjentowi udzielić np. porady lekarskiej i psychologicznej. Obecnie obowiązujący przepis może utrudnić pracę poradni psychiatrycznych, ponieważ odnosi tę zasadę tylko do tzw. maratonu psychoterapeutycznego (w poradniach uzależnień).

Wystąpienia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w ww. sprawach nie spotkały się z pozytywną reakcją władz NFZ, co oznacza, że warunki kontraktowania świadczeń z zakresu psychiatrii i uzależnień w 2006 r. nie poprawią się.

### **Sprawa ustanowienia narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego**

Ochrona zdrowia psychicznego społeczeństwa i zapewnienie efektywnej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi wymaga działań kompleksowych, w których realizacji uczestniczą różne agendy rządowe oraz organizacje pozarządowe – jest więc zadaniem ogólnonarodowym. Na takim stanowisku stoją opiniotwórcze organizacje międzynarodowe, do których należy zaliczyć Światową Organizację Zdrowia, Radę Europy.

Uczestnicy Europejskiej Konferencji Ministerialnej WHO na temat zdrowia psychicznego, która odbywała się w Helsinkach, w dniach 12–15 stycznia 2005 r., zalecili m. in.:

- umacnianie polityki i prawodawstwa dotyczącego zdrowia psychicznego, które ustanawia normy dla działalności w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i zapewnia przestrzeganie praw człowieka;
- koordynowanie w zakresie administracji państwowej odpowiedzialności za sformułowanie, rozpowszechnienie i wdrożenie polityki i prawodawstwa odnoszącego się do zdrowia psychicznego;
- ocenę wpływu działań rządu na zdrowie psychiczne społeczeństwa.

Polska należy do nielicznych państw europejskich, które nie mają narodowego (rządowego) programu ochrony zdrowia psychicznego. Opracowany w Instytucie Psychiatrii i Neurologii przed kilkunastu laty program jest zadaniem resortowym, za którego realizację jest odpowiedzialny minister zdrowia. Przeznaczone na to nader skromne, zupełnie nieadekwatne do potrzeb, środki finansowe oraz ograniczone pod względem prawnym kompetencje ministra zdrowia uniemożliwiają w sposób skoordynowany modernizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Mimo tych ograniczeń program odegrał istotną rolę w rozwiązaniu kilku węzłowych dla ochrony zdrowia psychicznego spraw. Są to m.in. uchwalenie i wdrażanie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zorganizowanie trzech regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej. Programowi należy przypisać inspirującą rolę w powstaniu sieci kilkudziesięciu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz ustanowienie instytucji rzecznika praw osoby leczonej w szpitalu psychiatrycznym.

Brak, umocowanego ustawowo, rządowego programu jest jedną z przyczyn postępującej dezintegracji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a nawet jej regresu, który

nastąpił po wprowadzeniu zasadniczych zmian w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce. Podstawową sprawą jest zapewnienie jej dostępności i ciągłości, które się pogorszyły.

Ustanowienie narodowego (rządowego) programu ochrony zdrowia psychicznego jest od kilku lat najważniejszym celem strategicznym, do którego zmierza Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, krajowy nadzór specjalistyczny w dziedzinie psychiatrii. Dążenie do tego celu przebiega ze zmiennym szczęściem, na ogół jednak – bez zrozumienia ze strony ośrodków decyzyjnych, które ustanowienie takiego programu odraczały lub kwestionowały jego celowość. Dezyderatów Komisji Zdrowia sejmu II kadencji też nie przyjęto. Dotyczy to również zapisów zawartych w Deklaracji w sprawie Promocji Zdrowia Psychicznego z dnia 9.04.2001 r. Przygotowany w Ministerstwie Zdrowia i IPN projekt „umocowania prawnego” narodowego programu w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (w związku z nowelizacją ustawy uchwalonej przez Sejm RP w 2005 roku) nie powiódł się, został odrzucony przez rząd w związku z brakiem środków finansowych.

W dniu 5.12.2005 r. konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii oraz prezes ZG PTP spotkali się z ministrem zdrowia – prof. Z. Religą, w sprawie ustanowienia narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Minister wykazał duże zrozumienie tej sprawy – jednak dalsze działania resortu uzależnił od sytuacji finansowej kraju.

### **Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**

W 2005 r. miała miejsce kolejna nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Najważniejszym nowym zapisem jest powołanie rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego (artykuły 10a–10d ustawy).

Istotne znaczenie dla osób z zaburzeniami psychicznymi ma również nowelizacja art. 10 ustawy, który w obecnym brzmieniu przewiduje, że:

1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie, o której mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 1342 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nie pobiera się od tej osoby opłat.
2. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, za które nie pobiera się od tych osób opłat.
3. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a i b, przysługują także produkty lecznicze i wyroby medyczne na zasadach określonych w art. 37 ustawy o świadczeniach”.

Wprowadzono też zmiany m.in. do art. 18 (zasady stosowania przymusu bezpośredniego) oraz art. 22 dotyczącego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Istotne znaczenie ma również nowe brzmienie art. 30, ust. 2, mianowicie: „Świadectwo wydaje lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na uzasadnione żądanie



osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania sądowego w tej sprawie”.

### **Problemy dotyczące terapii**

#### **Leki psychotropowe i farmakoterapia zaburzeń psychicznych**

Klasyczne leki psychotropowe (leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne) I generacji są w Polsce dostępne dla osób chorych psychicznie jako leki w pełni refundowane lub za opłatą ryczałtową. Istotne ograniczenia dotyczą leków nowych (II i III generacji), zarówno przeciwpsychotycznych, jak i przeciwdepresyjnych oraz stosowanych w zaburzeniach otępiennych typu alzheimerowskiego. Cena niektórych z tych leków przekracza możliwości finansowe większości chorych – tylko nielicznych stać na zakup drogiego specyfiku.

Nowe, droższe, leki psychotropowe są często jedynymi, które chorzy mogą przyjmować ze względu na występujące po innych objawy niepożądane i powikłania (jak np. parkinsonizm, późne dyskinezy i in.), bądź obecność chorób uniemożliwiających stosowanie leków I generacji, takich jak choroby układu krążenia, wątroby, przerost gruczołu krokowego, jaskra i in. Liczba chorych przewlekle, wymagających długotrwałego leczenia, jest wprawdzie względnie stała, ale wciąż wzrasta odsetek psychoz opornych na leki. Nowe leki dają szansę uzyskania poprawy u części chorych z psychozami przewlekłymi, u których klasyczne leki zawodzą. Profil działania psychotropowego nowych leków jest bardziej optymalny niż leków wprowadzonych w latach 60.–70., co zapewnia większą efektywność leczenia.

Ograniczenie wyboru leków stosowanych w psychozach do leków I generacji ma chronić budżet przed wydatkami. Jednakże źle dobrane leczenie prowadzi nie tylko do zwiększenia liczby i długości hospitalizacji, ale często (np. w przypadku leków przeciwpsychotycznych) do utrwalenia zaburzeń i pojawienia się stanu przewlekłego, pogłębienia rozpadu osobowości (np. nasilenia tzw. objawów negatywnych) i niechęci chorych do leczenia, co wielokrotnie zwiększa rzeczywisty koszt terapii i opieki nad tą grupą chorych. Koszt większości wielotygodniowych kuracji jest mniejszy od ceny jednego osobodnia pobytu w szpitalu, a tylko nielicznych stanowi 2–3-krotną jego wartość. Jedyna możliwość ograniczenia wydatków na leki powinna wynikać z ich właściwego, zgodnego ze wskazaniami i stanem chorego, ordynowania. Odrębnym problemem jest system kontroli poprawnego ordynowania leków, który powinien być wdrożony przez instytucje do tego powołane.

W wystąpieniach do odnośnych władz i publicznych (radio, telewizja, zebrania Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) konsultant krajowy niezmiennie prezentował stanowisko, że wszystkie leki niezbędne do terapii chorób psychicznych, a w szczególności te, które zapewniają efektywność, bezpieczeństwo i wygodę leczenia, a co za tym idzie – należyłą współpracę pacjenta z lekarzem (compliance), powinny być w pełni refundowane.

Lista chorób uznanych przez ministra zdrowia za choroby przewlekłe na podstawie art. 34 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

(Dz. U. Nr 54), jest niepełna i wymaga pilnie zmian. Do uprawnionych do korzystania z przepisów, o których mowa w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 9 grudnia 1998 roku, należy zaliczyć również te osoby z zaburzeniami psychicznymi – ale bez objawów psychotycznych – u których ich obecność wiąże się z zagrożeniem dla własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób czy uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych.

Zawężenie refundacji leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji do schizofrenii opornej na leczenie (tzw. lekoopornej) oraz zarzuty kontrolerów NFZ dotyczące nieprawidłowości ordynowania tych leków spowodowało zapytanie prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej oraz prezesa NFZ o definicję tzw. schizofrenii lekoopornej. Stanowisko konsultanta krajowego w tej sprawie zawiera załącznik do tego artykułu.

### Problemy związane z psychoterapią

W ostatnich latach obserwuje się wydatny wzrost zainteresowania psychoterapią, nie tylko chorych. Coraz więcej jest osób, które chciałyby ją uprawiać zawodowo – stało się to powodem wielu kontrowersji, roszczeń i sporów. Dotyczy to nie tylko koniecznych uprawnień i standardów jej stosowania, ale również kontraktowania pomocy psychoterapeutycznej przez NFZ.

Zdarza się, że psychoterapią zajmują się osoby nie posiadające odpowiedniej wiedzy i przygotowania zawodowego, a w odniesieniu do części tzw. niekonwencjonalnych metod leczenia, obejmujących działania wchodzące w zakres psychoterapii, można mieć poważne zastrzeżenia – zarówno co do ich skuteczności, jak i bezpieczeństwa. Zdarza się też, że naruszane są zasady etyczne. Dlatego wszystko, co jest związane z psychoterapią jako metodą stosowaną w leczeniu zaburzeń i schorzeń, powinny regulować rozporządzenia ministra zdrowia. Dotyczyłyby one:

- uprawnień do stosowania psychoterapii,
- sposobu nabywania uprawnień (szkolenie, certyfikaty),
- standardów stosowania psychoterapii.

W sprawie tej konsultant krajowy wystąpił do dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego (25.05.2005 r.). Powołany przez dyrektora zespół przygotował projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów, postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu psychoterapii w zakładach opieki zdrowotnej. Dyrektor Departamentu Nauki powołał również zespół ekspertów, który opracował projekt programu szkolenia i certyfikowania psychoterapeutów.

### Specjalizowanie się w zakresie psychiatrii osób dorosłych

Wprowadzenie nowego jednostopniowego systemu specjalizacji w zakresie psychiatrii, z programem zbliżonym do obowiązującego w krajach Unii Europejskiej, wywiera stymulujący wpływ na rozwój kadry specjalistów. W nowym trybie (egzamin państwowy) specjalizację uzyskało dotychczas 381 osób. Obecnie specjalizuje się ponad 1300 osób.

Specjalizacja przebiega na ogół zgodnie z obowiązującym programem. Staże częstokowe odbywają się w ośrodkach akademickich (kliniki psychiatryczne) i Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Za realizację programu szkolenia odpowiadają kliniki – są zobowiązane do organizowania kursów i seminariów dla specjalizujących się. Aktywność ośrodków akademickich w tym ostatnim zakresie wykazuje duże różnice; niektóre w ogóle nie podjęły takiej działalności. Najwięcej kursów organizuje Instytut Psychiatrii i Neurologii, chociaż jest pozbawiony środków na ten cel.

W latach 2001–2005 egzaminy specjalizacyjne z psychiatrii zdawało blisko 700 lekarzy (w „nowym trybie” – 447 osób). Podobnie jak w innych działach medycyny egzamin składał się z egzaminu testowego, praktycznego oraz ustnego.

Pytania do egzaminu testowego z zakresu psychiatrii opracowuje zespół autorów z różnych ośrodków akademickich, pod kierownictwem konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii. Pytania te są recenzowane, a następnie przekazywane do Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w Łodzi. Wybór pytań do zestawu 120 pytań do egzaminu testowego odbywa się w CEM.

W latach 2001–2005 egzamin testowy zdało (kryterium zaliczenia testu – trafna odpowiedź na 65–70% spośród 120 pytań) około 92% osób (w poszczególnych sesjach zakres 72,7% – 100%), specjalizację zaś z zakresu psychiatrii (pozytywny wynik egzaminu testowego i ustnego) uzyskało około 85,7% zdających (w poszczególnych sesjach zakres 62,5–97%). Wyniki egzaminów u osób specjalizujących się w starym i nowym trybie są zbliżone.

Tabela 3

**Egzaminy specjalizacyjne z zakresu psychiatrii  
(stary i nowy tryb specjalizacji) w latach 2001–2005**

	2001		2002		2003		2004		2005		Lata 2001–2005
	wiosna	jesień	wiosna	jesień	wiosna	jesień	wiosna	jesień	wiosna	jesień	
<b>Stary tryb</b>											
Liczba zdających	54	65	47	25	22	13	8	8	5	2	247
Zdało egzamin testowy	53 (98,1%)	61 (93,8%)	45 (95,7%)	23 (92,0%)	16 (72,7%)	12 (92,7%)	6	7	3	2	
Zdało egzamin ustny	51 (94,4%)	57 (87,7%)	43 (91,5%)	23 (92,0%)	14 (63,6%)	11 (84,6%)	6	5	3	1	214 (86,6%)
<b>Nowy tryb</b>											
Liczba zdających	-	-	-	3	35	63	45	81	95	125	447
Zdało egzamin testowy	-	-	-	3 (100%)	35 (100%)	57 (90,4%)	40 (88,8%)	71 (87,6%)	87 (91,6%)	102 (81,6%)	
Zdało egzamin ustny	-	-	-	3 (100%)	34 (97,1%)	54 (85,7%)	40 (88,8%)	71 (87,%)	79 (83,2%)	100 (80,0%)	381 (85,2%)

### Problemy etyczne, prawne

#### Placebo

Kliniki i niektóre szpitale psychiatryczne wciąż otrzymują propozycje udziału w badaniach klinicznych leków psychotropowych z zastosowaniem procedury placebo (niektóre akceptują udział w takich badaniach). Ten budzący zastrzeżenia natury praw-

nej i etycznej sposób badania leków napotyka coraz większe przeszkody w niektórych krajach europejskich i spotkał się z dezaprobatą licznej grupy badaczy i ekspertów, czego wyrazem jest wprowadzenie w najnowszej wersji Deklaracji Helsińskiej daleko idących ograniczeń w stosowaniu placebo. Zarząd Sekcji Psychofarmakoterapii PTP wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii opracowali projekt stanowiska w tej kontrowersyjnej sprawie, który został zaakceptowany przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i opublikowany wiosną 2005 r. Pomimo tego, niektórzy polscy psychiatry, w tym z ośrodków akademickich, zgłaszają akces do badań klinicznych leków psychotropowych z procedurą placebo, a nie uzyskawszy zgody środowiskowej komisji bioetycznej – odwołują się od tej decyzji do Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia.

#### Nadużycia i przestępstwa zawodowe

W prasie i telewizji dość regularnie pojawiają się informacje o sprzecznych z etyką zawodową i prawem działaniach niektórych psychiatrów. Najczęściej zarzuty dotyczą zachowań korupcyjnych w związku z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym i inwalidzkim. Chociaż zachowania takie mają raczej charakter incydentalny – budzą słusze oburzenie opinii publicznej, rzucają cień na naszą grupę zawodową: kilku psychiatrów aresztowano, pozbawieni wolności oczekują na procesy sądowe. Chociaż do sądowego rozstrzygnięcia trafności stawianych zarzutów należy zachować rozwagę w ocenie winy poszczególnych lekarzy, narastająca liczba takich „komunikatów” budzi niepokój. W niektórych regionach kraju problem wydaje się mieć charakter „epidemii”, w roku ubiegłym dotyczyło to m.in. województwa dolnośląskiego, w roku bieżącym wybrzeża Bałtyku.

Lecznictwo psychiatryczne było tematem 2 obszernych artykułów („raportów”) opublikowanych w poczytnych tygodnikach: „Polityka” (nr 10 z 12 marca 2005 r.) oraz „Ozon” (nr 28 z 27 października 2005 r.). W obu opracowaniach posłużono się generalizacją wydarzeń kazuistycznych, niektóre fakty prawdziwe interpretowano mylnie, pominięto całkowicie wydarzenia pozytywne związane z transformacją lecznictwa psychiatrycznego. Powstał w ten sposób zdeformowany obraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce.

*Praca zamówiona  
przez redakcję*

Adres: Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa  
al. Sobieskiego 9

## ZAŁĄCZNIK

Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii  
w sprawie „schizofrenii lekoopornej”

„Schizofrenia lekooporna” jest pojęciem niejednoznacznym i nie doczekała się powszechnie akceptowanej definicji. Sytuacja ta wynika głównie z faktu, iż grupa psychoz schizofrenicznych nie jest jednostką nozologiczną o jednolitej, znanej etiopatogenezie. Ich obraz kliniczny, przebieg i rokowania wykazują dużą różnorodność i zmienność, efekty zaś terapii są zależne od wielu, nie w pełni poznanych, czynników.

W piśmiennictwie coraz częściej zwraca się uwagę na niejednoznaczność terminu „lekooporność”, które może dotyczyć:

- braku poprawy w czasie stosowania określonego leku przeciwpsychotycznego,
- braku korzystnych zmian stanu klinicznego w odpowiedzi na kilka różnych kuracji,
- braku efektu w odniesieniu do określonej grupy objawów, np. objawów pozytywnych (omamy, urojenia) lub negatywnych.

Do celów badawczych wciąż bywa stosowana definicja „lekooporności” zaproponowana przez Kane i wsp. (1988), w której uwzględniono:

- brak znaczącej odpowiedzi (tzn. poprawy stanu klinicznego) na co najmniej trzy adekwatne kuracje lekami neuroleptycznymi, w tym co najmniej dwie za pomocą leków z różnych grup farmakologicznych, w ciągu minionych 5 lat,
- utrzymywanie się zaburzonego funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Określenie „adekwatne” oznacza stosowanie właściwego leku neuroleptycznego przez co najmniej 6 tygodni w dawce terapeutycznej (ekwiwalent 500–1000 mg chlorpromazyny, w zależności od masy ciała i tolerancji).

Zdaniem części autorów definicja ta jest zbyt rygorystyczna do celów szerszej praktyki klinicznej. Niektórzy obniżają liczbę niepowodzeń terapeutycznych do 2 kuracji lekami przeciwpsychotycznymi z różnych grup farmakologicznych, przy czym zdaniem części autorów **niepowodzenie farmakoterapii klasycznym lekiem neuroleptycznym stanowi wskazanie do zastosowania leku przeciwpsychotycznego drugiej generacji** (jak to proponują m.in. Naber i wsp. 1992). **Pogląd ten podzielam.** W świetle analizy piśmiennictwa zamieszczonego w jednej z najnowszych publikacji (Falkai i wsp. 2005) leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji (m.in. kłozapina) wykazują istotną przewagę nad neuroleptykami konwencjonalnymi w terapii tzw. schizofrenii lekoopornej.

Należy jednocześnie podkreślić, że ze względu na złożone uwarunkowania zjawiska tzw. lekooporności w psychozach schizofrenicznych, znaczący wpływ czynników środowiskowych, czynników biologicznych i wielu innych – ograniczanie pomocy terapeutycznej w tej grupie chorych do farmakoterapii, z pominięciem psychoterapii, rehabilitacji, pomocy socjalnej (w tym poprawy warunków bytowych), jest jedną z istotnych przyczyn niepowodzenia stosowania leków przeciwpsychotycznych.