

Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010–2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa

Functioning of the various forms of mental health care in Poland in the years 2010–2013. Organizational, economic and financial aspects

Mira Lisiecka-Biełanowicz¹, Daria Biechowska², Dorota Cianciara³

¹ Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

³ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Summary

Aim. The main objective of the study was to verify the hypothesis about the high growth rate of expenditure on the provision of mental health in the past few years. High dynamics of the expenditure increase will result in the development of a model of community psychiatry and a gradual move away from the hospital psychiatric treatment towards mental health care in the open system, including the community one.

Method. This research is based on data on the implementation of services for mental health care in the framework of agreements with the National Health Fund, which has been collected in the NFZ IT system. Some information is from 2010, which was adopted as the base date for the implementation of the principles of the National Mental Health Program in 2011. The data from the implementation of individual benefits in 2013 were used for the comparison. In addition, other selected organizational, economic and financial elements of the psychiatric care system were analyzed.

Results. In 2013, compared to 2010, increased the number of mental health care organizations: outpatient mental health clinics (an increase of 37 clinics), outpatient mental health day hospital wards (an increase of 25 wards) and community psychiatric treatment teams (an increase of 74 teams). The largest increase in the value of contracts (approx. 150%) was related to community treatment teams.

Conclusions. Between 2010 and 2013 there was an increase in the value of cleared contracts in psychiatric care, in general and in each of the three forms of psychiatric care (i.e., in day wards, outpatient mental health clinics and in community teams). The highest increase in

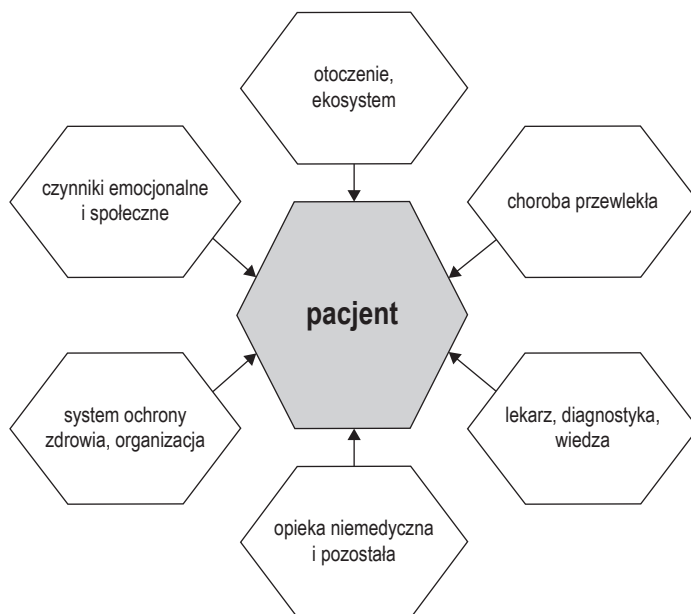
investments included community treatment teams, to a lesser extent day wards and outpatient clinics. The adopted organizational, economic and financial solutions in the mental health care system are in line with the objectives of the National Mental Health Program, including the assumed structure of Mental Health Centers.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa, psychiatryczna opieka zdrowotna

Key words: community psychiatry, mental health services

Wstęp

Model opieki psychiatrycznej odwołuje się dzisiaj do psychiatrii środowiskowej, której centrum zainteresowania stanowią lokalna wspólnota społeczna i żyjący w niej chorzy [1]. Jest to ogólnie przyjęta na świecie nowoczesna i efektywna forma opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Cierpiący na choroby psychiczne są pacjentami chorymi przewlekle, którzy w sposób ciągły potrzebują specjalistycznej oraz kompleksowej opieki psychiatrycznej [2] (zob. ryc. 1).



Rycina 1. Główne czynniki wpływające na pacjenta z chorobą przewlekle w obecnej organizacji systemu ochrony zdrowia

Źródło: M. Lisiecka-Bielanowicz, Z. Wawrzyniak, *Model opieki zdrowotnej z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych dla pacjentów z chorobą przewlekle*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, przyjęte do druku.

Pierwsze lata XXI wieku przyniosły zmianę w postrzeganiu psychiatrii środowiskowej, którą uznano za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej. Znajduje to potwierdzenie w wielu dokumentach, które wyznaczają pożądaną strategię ochrony zdrowia psychicznego na świecie i w Europie. Znaczenie zdrowia psychicznego ludności, konieczność przygotowania programu reform, a także nadanie stosownej rangi działaniom w tym zakresie znalazło odzwierciedlenie w wielu dokumentach rangi międzynarodowej. W styczniu 2005 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła – w obecności przedstawicieli Komisji Europejskiej i Rady Europy – „Deklarację o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy” [3]. W tym samym roku Komisja Europejska ogłosiła „Zieloną Księgę” w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności, która proponuje strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej [4]. Do najważniejszych zadań dla krajów UE wymienionych w „Zielonej Księdze” należą:

- wspieranie zdrowia psychicznego wszystkich ludzi, czyli promocja zdrowia psychicznego,
- zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego, czyli działania profilaktyczne podejmowane wobec grup narażonych na zagrożenia zdrowia psychicznego,
- poprawa jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie przez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności [4].

Przesunięcie ciężaru opieki w stronę modelu środowiskowego znajduje również wyraz w innych dokumentach, takich jak np. Raport WHO zatytułowany *Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward*, w którym zaleca się stały wysiłek w celu przeniesienia miejsca leczenia pacjentów ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej. Przemawiają za tym liczne argumenty, w tym fakt, że opieka środowiskowa wiąże się z wyższą jakością życia, gwarantuje pełniejsze respektowanie praw człowieka oraz lepszy bilans kosztów i korzyści [5]. Obecnie Światowa Organizacja Zdrowia w dokumencie pt. *Zdrowie 2020 – europejskie ramy polityki wspierającej działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu* wskazała na potrzebę współpracy w zakresie wspólnych priorytetów politycznych na rzecz zdrowia. Wśród czterech priorytetowych obszarów działań znalazł się m.in. obszar budowania elastycznych społeczności i środowisk wspierających zdrowie [6]. W dokumencie czytamy m.in.: „Rozwijanie elastyczności stanowi kluczowy czynnik ochrony i promocji zdrowia oraz dobrostanu ludzkości zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społeczności” [6, s. 12]

W latach 40. i 50. XX wieku w Wielkiej Brytanii wprowadzono formułę opieki dziennej przy szpitalach psychiatrycznych, apelując o ograniczanie liczby łóżek w dużych ośrodkach psychiatrycznych na rzecz tworzenia łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, szpitalnej opieki dziennej i ośrodków środowiskowych [7, 8]. Niestety, przeniesienie osób chorych z instytucji zamkniętych do społeczeństwa, przerzucanie tym samym ciężaru opieki na rodzinę, bez zapewnienia rozwiązań uwzględniających wsparcie systemowe w realizacji potrzeb najcięższej chorych spowodowało, że właśnie ci chorzy i ich bliscy pozostali bez odpowiedniej pomocy. Z powodu nieprzystosowania

do funkcjonowania w społeczeństwie nie byli w stanie korzystać z zaoferowanych rozwiązań [9]. Rozwiązania powinny być zatem dostosowane do potrzeb chorych, a nie wprowadzane odgórnie („zero-jedynkowo”), bez konsultacji z ich beneficjentami, a więc ludźmi nierzadko ciężko chorymi psychicznie oraz ich bliskimi.

W Polsce rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 (NPOZP), w którym określono strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej [10]. Nowy model psychiatrii wyrósł z nurtu jej wyodrębniania się ze środowiska szpitalnego na rzecz opieki realizowanej w środowisku lokalnym, z myślą o zwiększaniu potencjału zdrowia psychicznego w oparciu o lokalną wspólnotę. Zatem rozwiązania podejmowane obecnie w Polsce wpisują się w priorytety określone przez Światową Organizację Zdrowia. Podejście takie stwarza jednak liczne problemy przy próbach jego realizacji, ponieważ brakuje propozycji rozwiązań szczegółowych i alternatywnych.

Planowanie opieki psychiatrycznej w modelu środowiskowym wymaga precyzyjnej współpracy wielu podmiotów, wspomaganiej spójnymi zasadami prawa i odpowiednim finansowaniem. Instytucje, które powinny brać udział w tworzeniu środowiskowej opieki psychiatrycznej, albo mają swoje wcześniej określone zadania (np. szpitale psychiatryczne), albo ich nie zaplanowały (np. szpitale wielospecjalistyczne, które powinny otworzyć nowe oddziały). Nie bez znaczenia pozostaje skandalicznie niski poziom finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej w Polsce. W związku z tym trudno spodziewać się otwierania oddziałów tej specjalności na wniosek dyrektorów szpitali ogólnych. Niezależnie od tych przeszkód dostępne dane pozwalają wskazać, jakich zmian należałoby dokonać, aby zbliżyć się do rozwiązania określanego jako psychiatryczna opieka środowiskowa.

Celem pracy było rozpoznanie: (a) zasobów systemu opieki psychiatrycznej w roku 2010 i 2013; (b) struktury zaleceń w wypisach ze szpitali/oddziałów psychiatrycznych w 2013 roku; (c) poziomu nakładów NFZ na świadczenia w dziale opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w stosunku do wszystkich nakładów na świadczenia zdrowotne w latach 2003–2013; (d) zmian w liczbie zakontraktowanych przez NFZ jednostek rozliczeniowych (punktów rozliczeniowych) oraz wartości rozliczonych kontraktów w różnych formach opieki psychiatrycznej między rokiem 2010 i 2013, a także (e) porównanie dynamiki zmian liczby podmiotów i wartości kontraktów między rokiem 2010 i 2013.

Jednym z argumentów przemawiających za przeprowadzeniem przedmiotowych analiz jest tocząca się obecnie dyskusja o skutkach, jakich mogą doświadczyć pacjenci po zmianie modelu opieki psychiatrycznej ze szpitalnego na środowiskowy.

Na potrzeby pracy poddano weryfikacji następujące hipotezy:

Hipoteza 1: Obecne finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej powoduje przekształcanie modelu opieki izolacyjnej w model opieki środowiskowej. Takie rozwiązanie organizacyjne jest zgodne z jednym z głównych celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i może spowodować wzrost dostępności leczenia dla

pacjentów w ramach form opieki innych niż szpitalne, czyli w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych czy zespołach leczenia środowiskowego, m.in. za sprawą zwiększenia liczby tych placówek.

Hipoteza 2: Zmiana liczby oddziałów oraz liczby łóżek w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 2010–2013 może świadczyć o realizacji założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Efektem jest przekazanie pacjenta do leczenia w ramach poradni zdrowia psychicznego, oddziału dziennego czy zespołu środowiskowego, co może stanowić krok w kierunku tworzenia centrów zdrowia psychicznego (CZP).

Material i metody

Zasoby charakteryzowano poprzez liczbę: podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej, łóżek lub miejsc w tych jednostkach, osób leczonych, porad lub wizyt oraz rozpoznań. Analizę prowadzono z wykorzystaniem danych IPiN. Strukturę zaleceń z wypisów szpitalnych określono na podstawie indywidualnych formularzy statystycznych.

Udział nakładów na opiekę psychiatryczną w całkowitych nakładach NFZ na świadczenia zdrowotne ustalono dzięki analizie danych Funduszu. Do zestawienia liczby zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych oraz wartości kontraktów posłużyły dane o realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów zawartych z płatnikiem, które zostały zgromadzone w systemie informatycznym Centrali NFZ. Informacje uzyskano z NFZ. Świadczenia psychiatryczne rozpatrywano bez leczenia uzależnień oraz z wyłączeniem świadczeń dla dzieci i młodzieży. Analizie poddano całość świadczeń psychiatrycznych, a następnie grupy świadczeń realizowanych w stacjonarnych oddziałach całodobowych, oddziałach dziennych, poradniach zdrowia psychicznego oraz zespołach leczenia środowiskowego. Podstawą badań były dane z 2010 roku, który przyjęto jako rok bazowy przed rozpoczęciem od 2011 roku realizacji założeń NPOZP. W celu pokazania zmiany poziomu finansowania poszczególnych grup świadczeń do porównania wykorzystano dane z roku 2013. Następnie obliczono procentowy wzrost wartości rozliczonych kontraktów w poszczególnych grupach i zestawiono go ze wzrostem liczby podmiotów udzielających świadczeń. Informacje o liczbie tych podmiotów w 2010 i 2013 roku pochodziły z roczników statystycznych opracowywanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki

Zasoby opieki psychiatrycznej w 2013 roku

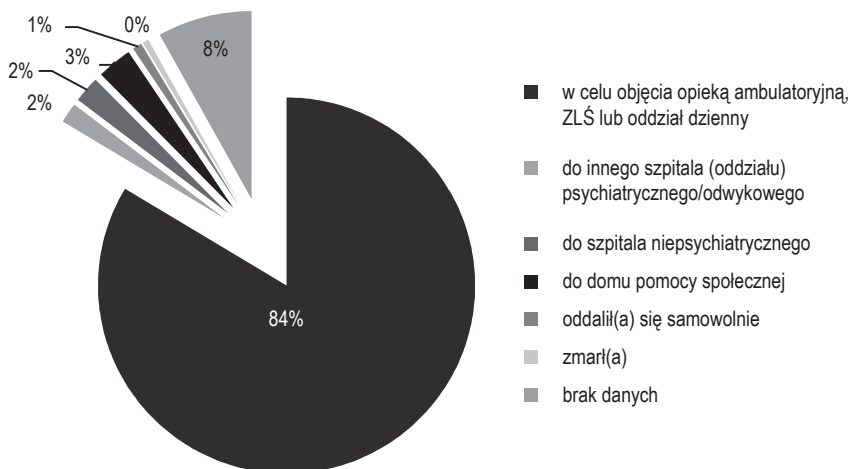
W obecnym stanie organizacji systemu opieki psychiatrycznej najwięcej pacjentów korzystało ze świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (tab. 1). Pacjenci leczeni w zespołach środowiskowych stanowili stosunkowo niewielką grupę.

Tabela 1. Liczba podmiotów świadczących różne formy opieki psychiatrycznej oraz liczbowe wskaźniki wykonania świadczeń w 2013 roku

Forma opieki	Liczba podmiotów	Liczba łóżek/ miejsc	Liczba porad/ wizyt	Liczba leczonych	Rozpoznanie
Oddziały całonocne	47 szpitali psychiatrycznych 119 szpitali ogólnych (w tym: 154 oddz. psychiatryczne, 59 oddz. odwykowych) 22 ośrodki leczenia uzależnień od alkoholu 32 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych 26 Monarów 57 ZOL/ ZPO	34 184	nd.	201 922	201 922 osoby z zaburzeniami psychicznymi (F00–F99), w tym 84 303 pierwszorazowe (42%)
Oddziały dzienne	352	7191	nd.	24 793	nd.
Opieka ambulatoryjna	1403	nd.	7,3 mln (w tym: 4,3 mln porad lekarskich, 3,1 mln porad psychologów i innych terapeutów)	1 610 543	1 587 869 osób z zaburzeniami psychicznymi (F00–F99), w tym 395 048 pierwszorazowych (25%)
Zespoły leczenia środowiskowego	138	nd.	330 tys. (w tym 197 tys. w środowisku chorego, 133 tys. w siedzibie zespołów)	37 783	nd.

Struktura zaleceń w wypisach szpitalnych w roku 2013

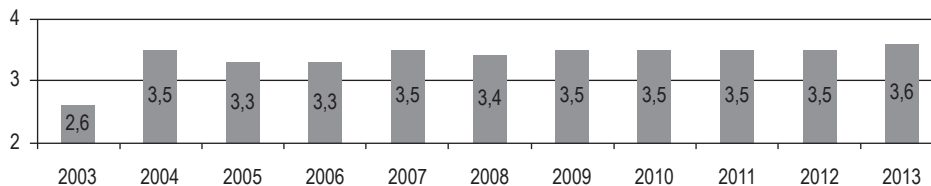
W 2013 roku około 84% pacjentów wypisano ze szpitala z intencją kontynuacji leczenia w poradni, oddziale dziennym bądź zespole leczenia środowiskowego. Szczegółowe dane dotyczące wypisów przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Struktura wypisów ze szpitala w 2013 roku

Poziom nakładów NFZ na świadczenia w dziale opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z wyjątkiem pewnego wzrostu nakładów na psychiatrię między rokiem 2003 a 2004 przeciętnie wydatkowano na ten rodzaj świadczeń zaledwie około 3,5% całkowitych nakładów płatnika na świadczenia zdrowotne (z wyłączeniem chemioterapii i programów lekowych). Dokładne wartości przedstawiono na rycinie 3.

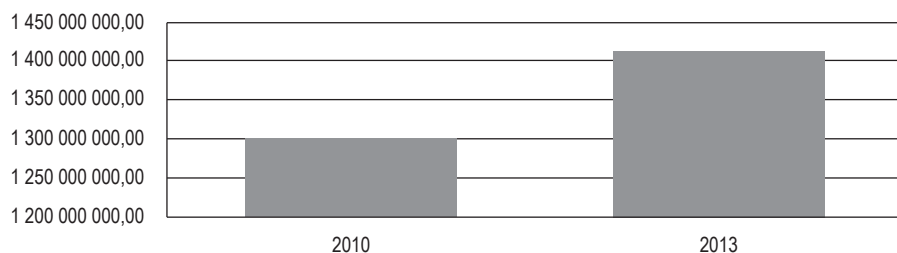


Rycina 3. Udział nakładów na świadczenia zdrowotne w dziale opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w całkowitych nakładach na świadczenia zdrowotne w planach instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2003–2013 (w %)

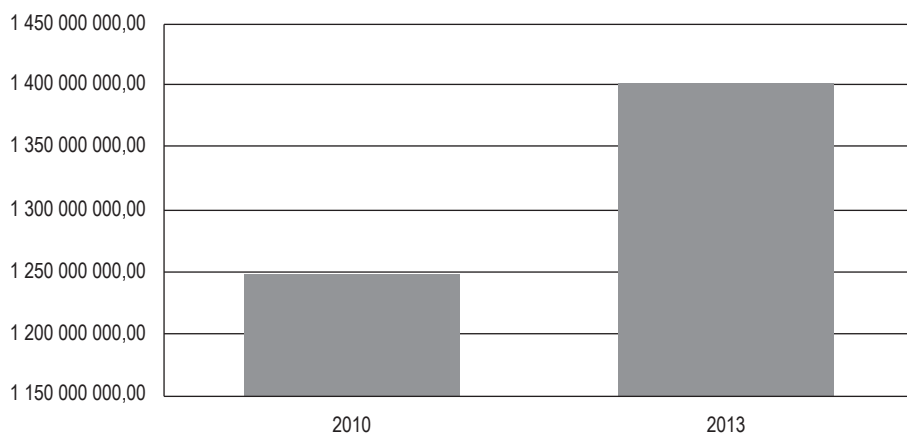
Jednostki rozliczeniowe i wartość kontraktów w roku 2010 i 2013

Opieka psychiatryczna ogółem

Między rokiem 2010 a 2013 wzrosła liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych w psychiatrii, a wartość kontraktów zawieranych przez NFZ w zakresie psychiatrii zwiększyła się o ponad 153 mln złotych (ryc. 4 i 5). Pomimo bezwzględnego wzrostu nakładów udział nakładów na opiekę psychiatryczną w całkowitych wydatkach płatnika nie zmienia się od lat.



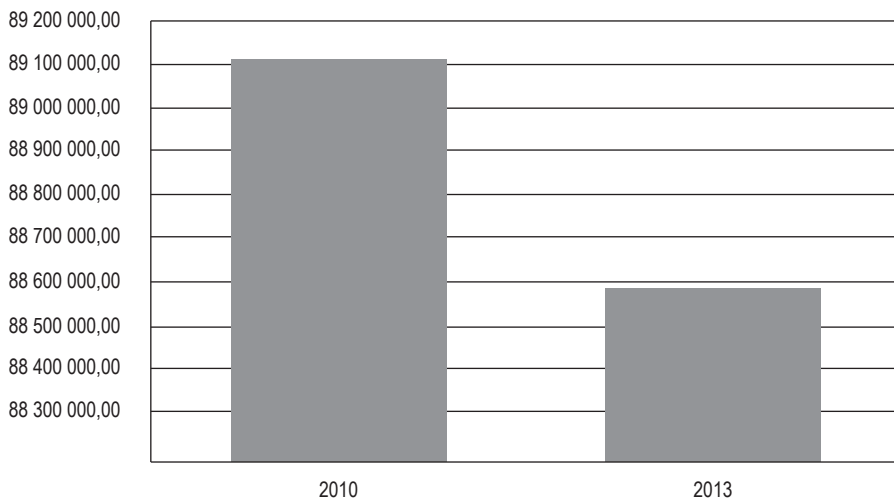
Rycina 4. Liczba rozliczonych jednostek w psychiatrycznej opiece zdrowotnej



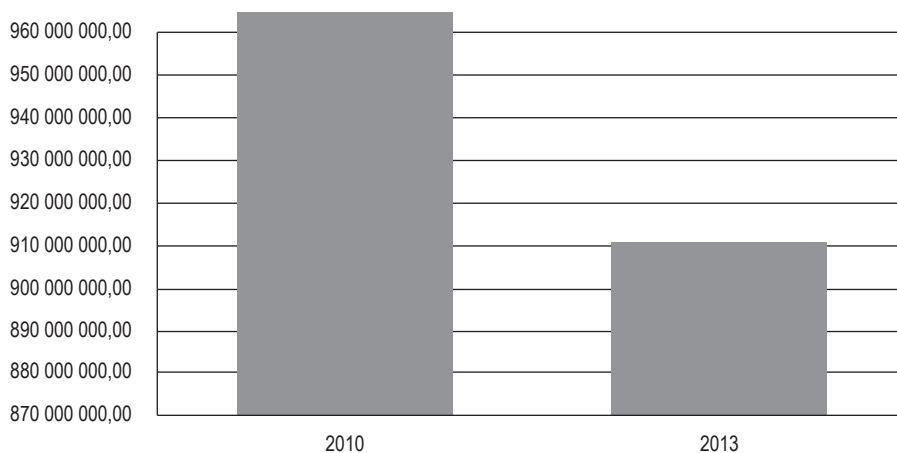
Rycina 5. Wartość rozliczonych kontraktów w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Hospitalizacja/oddziały całodobowe

W 2013 roku rozliczono mniej jednostek w ramach hospitalizacji niż w roku 2010, jednak kontrakty miały większą wartość (ryc. 6 i 7). W 2013 roku nakłady na hospitalizacje psychiatryczne były o około 49 mln zł wyższe niż w 2010 roku.



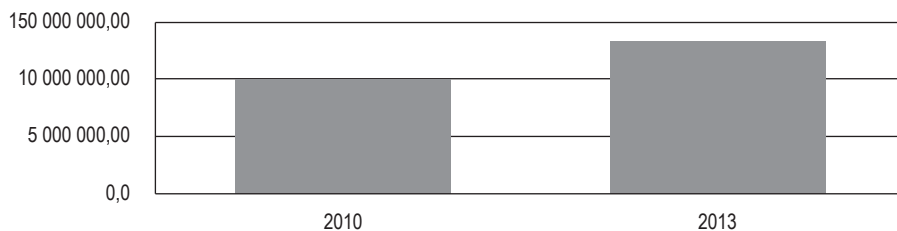
Rycina 6. Liczba rozliczonych jednostek w szpitalach/oddziałach całodobowych



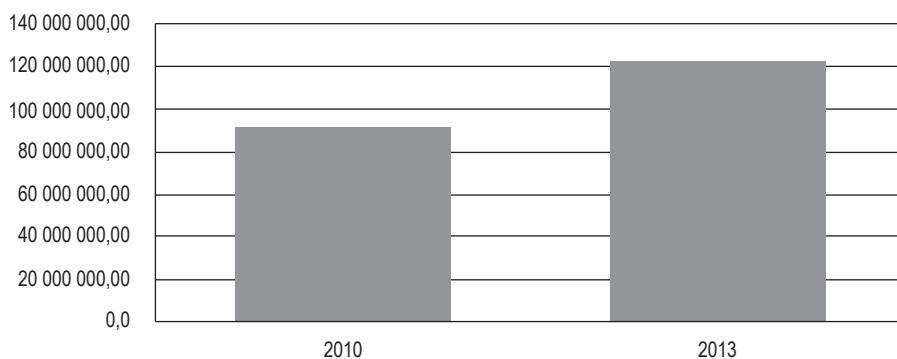
Rycina 7. Wartość rozliczonych kontraktów w szpitalach/oddziałach całodobowych

Oddziały dzienne

W przypadku psychiatrycznych oddziałów dziennych nastąpił wzrost zarówno liczby rozliczonych świadczeń, jak i wartości kontraktów (ryc. 8 i 9). W 2013 roku nakłady na świadczenia w tych oddziałach były o około 31 mln zł większe niż w 2010 roku.



Rycina 8. Liczba rozliczonych jednostek w oddziałach dziennych



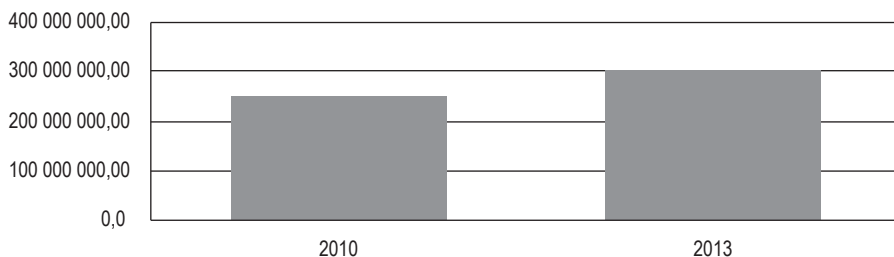
Rycina 9. Wartość rozliczonych kontraktów w oddziałach dziennych

Opieka ambulatoryjna/poradnie zdrowia psychicznego

W 2013 roku w stosunku do roku 2010 rozliczono ponad dwa razy więcej jednostek, a na świadczenia realizowane w poradniach wydano o 57 mln zł więcej (ryc. 10 i 11).



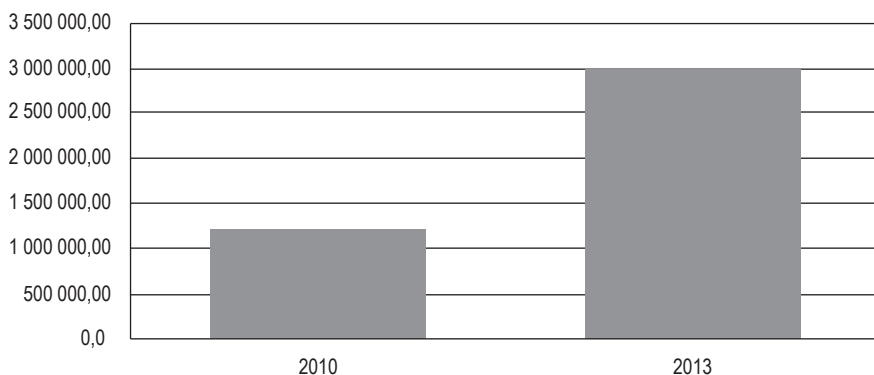
Rycina 10. Liczba rozliczonych jednostek w poradniach zdrowia psychicznego



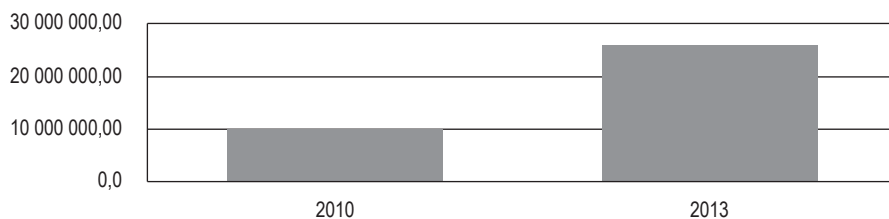
Rycina 11. Wartość rozliczonych kontraktów w poradniach zdrowia psychicznego

Zespoły leczenia środowiskowego

Stwierdzono, że (przy wzroście rozliczonych jednostek) wzrost nakładów na świadczenia w ramach leczenia środowiskowego sięgnął kwoty około 15 mln zł (ryc. 12 i 13).



Rycina 12. Liczba rozliczonych jednostek w zespołach leczenia środowiskowego



Rycina 13. Wartość rozliczonych kontraktów w zespołach leczenia środowiskowego

Dynamika zmian między rokiem 2010 a 2013

W ciągu trzech lat zwiększyła się liczba podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej w ramach ubezpieczenia w NFZ. Jakkolwiek zamknięto 33 oddziały szpitalne, to jednak przybyło podmiotów udzielających opieki w innych formach. I tak: nastąpił wzrost liczby oddziałów dziennych (o 25 oddziałów), poradni zdrowia psychicznego (o 37 poradni) oraz zespołów leczenia środowiskowego (o 74 zespoły). Wzrost liczby podmiotów, w których NFZ kontraktował świadczenia, był mniejszy od wzrostu nakładów na świadczenia w danej grupie (tab. 2). Relatywnie największy wzrost nakładów (ok. 150%) dotyczył zespołów leczenia środowiskowego.

Tabela 2. Porównanie dynamiki zmian w liczbie podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej kontraktowane przez NFZ oraz wartości rozliczonych kontraktów w roku 2010 i 2013

Rodzaj podmiotu	Liczba podmiotów w danym roku		Wzrost liczby podmiotów (%)	Wzrost wartości rozliczonych kontraktów (%)
	2010	2013		
Oddziały szpitalne	436	403	-7,6	5,5
Oddziały dzienne	190	215	13,2	33,9
Poradnie zdrowia psychicznego	1366	1403	2,7	22,2
Zespoły leczenia środowiskowego	44	118	168,2	146,7

Omówienie wyników

Zebrane informacje ujawniają, że liczby pobytów, porad lub wizyt w podmiotach świadczących psychiatryczną opiekę zdrowotną są ogromne, a zapewne i tak pokazują tylko wierzchołek góry lodowej.

W pierwszym w Polsce badaniu stanu zdrowia psychicznego Polaków (EZOP) oszacowano rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji w wieku 18–65 lat z uwzględnieniem jej demograficzno-społecznego zróżnicowania. Badanie zawierało też ocenę dystansu społecznego do zaburzeń psychicznych oraz opinie na temat dostępności do leczenia psychiatrycznego. Stwierdzono występowanie co najmniej jednego zaburzenia psychicznego u ponad 23% badanej populacji. Po ekstrapolacji na populację generalną daje to ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Wśród nich co czwarta osoba doświadczała więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Liczbę tych, u których odnotowano kilka zaburzeń, można zatem szacować na blisko ćwierć miliona osób [11].

Największy popyt na świadczenia opieki psychiatrycznej dotyczy opieki niestacjonarnej, na co wskazują zarówno liczby korzystających zeń pacjentów, jak i struktura wypisów szpitalnych oraz wyniki badania EZOP. Przeprowadzona analiza dowodzi

jednocześnie, że system kontraktowania przez NFZ świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej jest korzystny dla takich form opieki, a szczególnie korzystny wydaje się dla zespołów opieki środowiskowej. Uzyskane wyniki potwierdzają tym samym hipotezę, że w skali ogólnopolskiej aktualne kontraktowanie świadczeń przez płatnika jest powiązane z przekształcaniem modelu opieki izolacyjnej w model opieki środowiskowej. Niemniej należałoby śledzić tę tendencję w kolejnych latach. Ponadto ważne byłoby przeprowadzenie podobnych analiz w poszczególnych województwach, aby ustalić tendencje regionalne i lokalne.

Zebrane dane pozwalają stwierdzić, że w świetle sposobu finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej ze środków publicznych zasadne staje się tworzenie centrów zdrowia psychicznego (CZP), zgodnie z zasadami przyjętymi w NPOZP. W strukturze takich centrów powinny znaleźć się przynajmniej cztery rodzaje podmiotów (ryc. 14).

Próby unowocześniania ochrony zdrowia psychicznego w kierunku modeli respektujących prawa i podmiotowość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, poszukujących lub potrzebujących pomocy z powodu zagrożenia zdrowia psychicznego unaoczniają znaczenie istniejących obecnie barier [por. 12]. Badanie EZOP potwierdza jednak wyraźne opóźnienie w zakresie organizacyjnego przygotowania do wprowadzania nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia psychicznego.



Rycina 14. Model opieki psychiatrycznej w ramach centrum zdrowia psychicznego

Wnioski

1. Przy niezmienionej wycenie punktu między rokiem 2010 a 2013 wzrosła wartość rozliczonych kontraktów w opiece psychiatrycznej, ogólnie i we wszystkich trzech rodzajach opieki psychiatrycznej realizowanych w ramach poradni zdrowia psychicznego, oddziału dziennego i zespołu leczenia środowiskowego. Pomimo wzrostu całkowitych nakładów na opiekę psychiatryczną od lat stanowią one około 3,5% wszystkich wydatków ubezpieczyciela.
2. Między rokiem 2010 a 2013 największy wzrost nakładów objął zespoły leczenia środowiskowego, w mniejszym stopniu oddziały dzienne i ambulatoria. Wprowa-

dzane obecnie w Polsce rozwiązania zmierzają do pomniejszenia roli całodobowej opieki szpitalnej na rzecz innych form – otwartych i środowiskowych.

3. Przyjęte rozwiązania finansowe i organizacyjne w systemie opieki psychiatrycznej są zgodne z celami NPOZP i zmierzają do stworzenia CZP. Powstanie takich centrów wymaga jednakże m.in. zmian w przepisach prawa w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Araszkiewicz A, Golicki D, Heitzman J, Jarema M, Karkowska D, Langiewicz W i wsp. *Biała Księga – Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – Raport*. Warszawa; 2004.
2. Lisiecka-Bielanowicz M, Wawrzyniak Z. *Healthcare model with ICT use for chronic disease patients*. AAEM, to be appeared in AAEM in 2015.
3. *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań: Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy. Plan działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dla Europy*. Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia. Warszawa; 2005.
4. *Zielona Księga – Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*. Bruksela; 2005.
5. *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward*. World Health Organization; 2001.
6. *Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityki wspierającej działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu*. ISBN 978 92 890 0278 3. World Health Organization; 2013.
7. Mental Health Act 1959 General Policy, Registered Files (95,200 Series), Ministry of Health, The National Archives. <http://discovery.nationalarchives.gov.uk/details/r/C10978>.
8. The Hospital Plan for England and Wales, 1962 Great Britain, Ministry of Health, National Health Service. London: HMSO; 1962.
9. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000; 9: 319–337.
10. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2011.
11. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. red. nauk. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
12. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.

Adres: Daria Biechowska
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 31.10.2016

Zrecenzowano: 24.12.2016

Otrzymano po poprawie: 28.12.2016

Przyjęto do druku: 29.12.2016