



Polska 2000: aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej¹

Poland 2000: Current problems of mental health care

STANISŁAW PUŻYŃSKI, WANDA LANGIEWICZ,
BOŻENA PIETRZYKOWSKA

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Praca zawiera przegląd aktualnego stanu, planów i problemów systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.*

SUMMARY. *The paper presents an overview of the current status, plans and problems of the mental health care system in Poland.*

Słowa kluczowe: psychiatryczna opieka zdrowotna / Polska
Key words: mental health care / Poland

1. Wskaźniki, zasoby i kadry psychiatrycznej opieki zdrowotnej²

Rozpowszechnienie (chorobowość zarejestrowana) zaburzeń psychicznych w 1999 r. Wybrane informacje przedstawia tabl. 1.

Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w końcu lat 90-tych. Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawowana jest przez podstawową opiekę zdrowotną, specjalistyczną psychiatryczną i odwykową opiekę zdrowotną, które obejmują lecznictwo ambulatoryjne, formy pośrednie opieki psychiatrycznej i opiekę szpitalną (pełnodobową) (tabl. 2). W ostatnich dziesięciu latach obserwuje się wyraźny wzrost liczby łóżek w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (3,3 tys. w 1990 r. i 3,9 tys. w 1999) natomiast w dużych szpitalach psy-

chiatrycznych, zgodnie z założeniami, redukcję liczby łóżek. Zmniejsza się też wskaźnik liczby łóżek/10 tys. ludności (9,6 w 1990 r., 7,8 w 1999 r.) i maleje średni czas hospitalizacji (62,2 dnia w 1990 r., 42 dni w 1999 r.). Rozwój form pośrednich, istotnej składowej współczesnego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jest w Polsce nadal niewspółmiernie mały do potrzeb. Najlepiej rozwinięta jest sieć oddziałów dziennych. Rozwój oddziałów leczenia środowiskowego jest zbyt wolny (16 w 1995 roku, 17 w 1996 i 19 w 1999). Dotyczy to również hosteli, których liczba jest znikoma.

Kadry w roku 1999. Podstawowe informacje o zatrudnieniu w psychiatrycznej opiece zdrowotnej przedstawia tabl. 3.

2. Formy organizacyjne podległe resortowi pracy, pomocy społecznej i polityki socjalnej

Stanowią cenne uzupełnienie zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ostatnie lata przyniosły dynamiczny rozwój kilku form organizacyjnych pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (tabl. 4).

¹ skrót raportu przedstawionego przez Konsultanta Krajowego na naradzie konsultantów wojewódzkich w grudniu 2000, w Warszawie

² szczegółowe informacje można znaleźć w rocznikach psychiatrycznej opieki zdrowotnej wydawanych przez IPiN.

Tablica 1. Wybrane wskaźniki zarejestrowanej chorobowości w roku 1999

	Liczba	Odsetek
Poradnie Zdrowia Psychicznego		
LECZENI OGÓLEM	782 000 ^a	100,0
zaburzenia organiczne	92 000	11,7
schizofrenia	97 000	12,4
zaburzenia afektywne	155 000	20,0
zaburzenia nerwicowe w tym po raz pierwszy	232 000 82 000	30,0
Szpitala psychiatryczne		
LECZENI OGÓLEM	160 000	100,0
w tym po raz pierwszy	74 000	
zaburzenia organiczne	19 000	12,0
schizofrenia	31 000	19,3
zaburzenia afektywne	18 000	11,2
zaburzenia nerwicowe w tym po raz pierwszy	12 000 7 800	7,5
uzależnienie od alkoholu (w tym psychozy ^b) w tym po raz pierwszy	49 000 27 000	30,0
uzależnienie od innych substancji w tym po raz pierwszy	7 045 3 400	4,0
Poradnie odwykowe		
zaburzenia związane z uzależnieniem od alkoholu w tym po raz pierwszy	125 000 57 600	
zaburzenia związane z uzależnieniem od innych substancji w tym po raz pierwszy	12 500 5 900	

^a wzrost o 10% w stosunku do roku 1998

^b psychozy alkoholowe – 2500 osób, w tym po raz pierwszy – 881

3. Potrzeba reform i modernizacji

Mimo trwającej od kilkunastu lat transformacji lecznictwa psychiatrycznego – psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna wykazuje wciąż szereg poważnych defektów strukturalnych i funkcjonalnych:

- nierównomierne rozmieszczenie bazy szpitalnej,
- utrzymującą się wciąż nadmierną koncentrację łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych,

- dużą odległość większości dużych szpitali od miejsca zamieszkania chorych,
- duży odsetek przewlekle chorych i przebywających w szpitalach ze wskazań społecznych oraz zbyt mała liczba miejsc w odpowiednich domach pomocy społecznej i zakładach (oddziałach) opiekuńczo-leczniczych,
- nierównomierne rozmieszczenie kadr specjalistycznych w poszczególnych regionach,
- niski poziom kompetencji w zakresie psychiatrii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,

Tablica 2. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej w roku 1999

Typ placówki	Liczba	Uwagi
Lecznictwo ambulatoryjne		
Poradnie Zdrowia Psychicznego	571	sieć równomierna, względnie dobra dostępność
Poradnie odwykowe	401	
Poradnie dla uzależnionych od (innych niż alkohol) substancji psychoaktywnych	41	
Opieka szpitalna (pełnodobowa)		
Szpitale psychiatryczne	49	29 tys. łóżek (7,8 łóżek/ 10 tys.), większość (80%) w szpitalach. Ok. 2000 łóżek w ośrodkach i oddziałach dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
Oddziały przy szpitalach ogólnych	62	
Formy psychiatrycznej opieki pośredniej		
Oddziały dzienne	110	w tym 7 dla uzależnionych od alkoholu, 10 dla osób z rozpoznaniem nerwic, 8 dla dzieci i młodzieży, większość w dużych miastach
Oddziały leczenia środowiskowego	19	w 10 miastach (w tym 5 w Warszawie, 4 w Krakowie), rozwój zbyt wolny
Hostele	9	rozwój zbyt wolny

Tablica 3. Zatrudnienie w różnych placówkach opieki zdrowotnej w Polsce w roku 1999

Typ placówek	Psychiatry		Pielęgniarki	Psycholodzy	Pracownicy socjalni	Specjaliści terapii uzależnień	Instruktorzy terapii uzależnień
	ogółem	specjaliści I stopnia					
Oddziały psych. w szpitalach ogólnych	386	–	1 579	–	–	–	–
Szpitale psychiatryczne	956	427	7 430	620	197	0	27
Poradnie zdrowia psychicznego	546	277	587	376	76	1	64
Poradnie odwykowe	42	26	250	211	33	96	158
Poradnie uzależnień	9	6	9	28	3	8	21
RAZEM	1 939	736	9 855	1 235	309	105	270

Tablica 4. Placówki sprawujące opiekę nad chorymi psychicznie podległe resortowi pracy, pomocy i polityki społecznej (stan na 30.06.2000)

Typ placówki	Liczby
Domy pomocy społecznej dla upośledzonych umysłowo i przewlekle chorych	380 dla 36 954 mieszkańców
Środowiskowe domy samopomocy, – w tym wyłącznie dla chorych psychicznie	276 dla 13 987 uczestników – 62 dla 3 574 uczestników
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	w I półroczu 2000 r. – 8 676 osób przez 2 246 765 godzin świadczeń

- zróżnicowany poziom diagnostyki i terapii, w dużym stopniu zależny od dostępności aparatury diagnostycznej i liczby specjalistów, dominowanie biologicznego modelu pomocy osobom chorym,
- niski standard wyposażenia (zwłaszcza dużych szpitali), postępująca dekapitalizacja części budynków,
- niedobór lub brak zróżnicowanych form opieki środowiskowej w wielu rejonach

Konieczne są pilnie głębokie zmiany i dostosowania do wymogów współczesnej psychiatrii.

4. Psychiatryczna opieka zdrowotna w nowym systemie finansowania przez kasy chorych

Rozpoczęta od 1999 r. reforma służby zdrowia oraz reforma administracyjna kraju, zmieniając system właścicielski zakładów oraz system finansowania ich działalności, wytworzyły sytuację, w której nastąpiło rozmycie odpowiedzialności za politykę zdrowotną. Kasy chorych ustalając reguły kontraktowania świadczeń stały się praktycznym kreatorem tej polityki, także wobec opieki psychiatrycznej. W nowych warunkach najpoważniejsze trudności lecznictwa psychiatrycznego wynikały ze zbyt niskich cen oferowanych przez kasy za świadczenia jednostkowe (osobodzień, porada) oraz z dość sztywnego sposobu limitowania zakontraktowanych świadczeń. Mimo korzystnego wpływu nowych zasad na racjonalną gospodarkę finansową, utrzymywanie się powyższych trudności spowodowało pewne pogorszenie dostępności psychiatrycznej opieki szpitalnej, a wyraźne – opieki ambulatoryjnej oraz innych nowoczesnych form opieki środowiskowej (co dało się już zauważyć w niektórych rejonach kraju). Uzasadnione obawy budzi niedostateczne finansowanie oddziałów dziennych i zespołów opieki środowiskowej. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych prawie wyłącznie dla mieszkańców z obszaru działania regionalnych kas chorych wyostrzyło znany wcześniej problem nierów-

nomiernej podaży psychiatrycznych świadczeń szpitalnych w poszczególnych województwach oraz ich nadmiernej koncentracji w dużych szpitalach. Jednocześnie pojawiły się realne możliwości tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych w niewykorzystanych dostatecznie szpitalach ogólnych. Wraz z reformą rozpoczął się – także w psychiatrii – proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych z zakładami niepublicznymi.

Chociaż regionalne kasy przy kontraktowaniu usług w zakresie psychiatrii na ogół kierowały się standardami zalecanymi przez Ministra Zdrowia (opracowanymi w IPIŃ), niedobór środków finansowych przeznaczonych na psychiatryczną opiekę zdrowotną oraz często niewłaściwa ich dystrybucja (z wyraźnym niedoszacowaniem potrzeb tzw. lecznictwa otwartego, w tym placówek psychiatrii środowiskowej) wiążą się z pogłębieniem sytuacji kryzysowej w psychiatrii. W poszczególnych województwach sytuacja ta wynika w znacznym stopniu z braku kompetentnych instytucji określających potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego, tworzących optymalny model organizacyjny psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz koordynujących działalność istniejących placówek lecznictwa. Proponowane przed rokiem przez nadzór krajowy powołanie zespołów koordynujących te działania pod patronatem konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii nie spotkało się z szerszym oddźwiękiem w zarządach kas poza nielicznymi wyjątkami, do których należy m.in. Kasa Mazowiecka, która przy opracowywaniu planu kontraktów na 2001 r. korzystała z doradztwa nadzoru wojewódzkiego i krajowego. Wynikiem dyskusji prowadzonej z przedstawicielami tej kasy jest projekt Centrum Zdrowia Psychicznego, który jest przedmiotem opracowania J. Wciórki³.

Konsultanci niemal z reguły są pomijani przy podejmowaniu przez kasy decyzji dotyczących finansowania psychiatrycznej opieki

³ tekst: p. *Post Psychiatr Neurol* 2000, 9, 3: 334–337.

zdrowotnej. Sytuacja ta wynika nie tylko z braku większego zainteresowania kas wojewódzkim nadzorem specjalistycznym w zakresie psychiatrii, ale również z braku wyraźnego określenia zadań i kompetencji konsultantów wojewódzkich. W tej nader ważnej sprawie IPiN wielokrotnie interweniował u kompetentnych przedstawicieli resortu zdrowia.

5. Psychiatryczne świadczenia zdrowotne w kontraktach regionalnych kas chorych i niektóre konsekwencje tych kontraktów

Wartość świadczeń zakontraktowanych przez wszystkie Kasy Regionalne oraz Branżową na 2000 rok wyniosła ok. 21 mld zł (dokładnie 20,8), z tej kwoty na całą psychiatrię przypada 820 mln zł tj. 3,9%. W poszczególnych województwach udział psychiatrii w całości nakładów, kształtował się w granicach od 2,1% w Kasie Zachodniopomorskiej Chorych do 8,6% w Kasie Lubuskiej. Relatywnie najmniej na psychiatrię przeznaczają Branżowa Kasa Chorych – 1,9%. Z kwoty 820 mln zł największy procent przypada na kontrakty psychiatryczne Mazowieckiej Kasy Chorych – 16,6%, w dalszej kolejności Śląskiej – 9,9% i Dolnośląskiej – 8,6%; najmniejszy natomiast przypadał na wydatki Kasy Zachodniopomorskiej – 2,2% i Opolskiej – 2,8%.

Kontrakty na stacjonarną opiekę psychiatryczną w stosunku do wartości kontraktów na całą opiekę szpitalną wynoszą 6,4%, natomiast kontrakty na psychiatryczną opiekę ambulatoryjną w stosunku do całości wydatków na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (bez świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej) kształtują się na poziomie 7,5%.

W strukturze kontraktów psychiatrycznych dominują świadczenia szpitalne – 79,4%; czterokrotnie przewyższając wartość pozostałych świadczeń, wśród których ambulatoryjne stanowią – 14%, a resztę, tj. 6,6%, wydatki na świadczenia oddziałów dziennych, zespoły leczenia środowiskowego i zakłady opiekuńczo lecznicze o profilu psychiatrycznym (funkcjonujące także poza strukturą szpitali). Świadczenia oddziałów dziennych zakontraktowano

na kwotę 29 mln zł, co stanowi 3,5% wszystkich wydatków na psychiatrię, przy średniej cenie osobodnia – ok. 47 zł. Dwie Kasy (Małopolska i Zachodniopomorska) nie zakontraktowały odrębnie tego rodzaju świadczeń. Świadczenia psychoterapeutyczne zakontraktowała jedynie połowa Kas Chorych na łączną kwotę 6,8 mln zł, co stanowi 0,8% wszystkich wydatków na psychiatrię.

W 2000 r. wyraźnie niższe wartościowo – w porównaniu z rokiem 1999 – kontrakty na świadczenia psychiatryczne zostały zawarte przez następujące Regionalne Kasy Chorych: Kujawsko-Pomorską (82,9%), Lubuską (85,3%), Podlaską (87,6%), Wielkopolską i Zachodniopomorską (po 97,6%). Pozostałe Kasy zakontraktowały świadczenia na poziomie podobnym niż rok wcześniej (Dolnośląska, Łódzka, Opolska, Śląska), lub wyższym (Lubelska, Małopolska, Mazowiecka, Podkarpacka, Pomorska, Świętokrzyska i Warmińsko-Mazurska). Największy, bo prawie trzykrotny wzrost (296%) wartości kontraktów nastąpił w Kasie Branżowej.

Niższą niż w roku 1999 wartość kontraktów na świadczenia ambulatoryjne stwierdzono w Kasach: Mazowieckiej (79%), Lubuskiej (83,4%) oraz Kujawsko-Pomorskiej (93,7%). Niższą łączną wartość kontraktów na świadczenia stacjonarne odnotowano w Kasach: Lubuskiej (65,2%), Kujawsko-Pomorskiej (83,8%), Podlaskiej (86,5%), Łódzkiej (93,5%), Zachodniopomorskiej (95,7%), Dolnośląskiej (97,8%) i Śląskiej (98,5%).

Wartość kontraktów na świadczenia oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego zmalała w roku 2000 w porównaniu z rokiem 1999 w Kasach: Kujawsko-Pomorskiej (37,2%), Dolnośląskiej (62,2%), Wielkopolskiej (65%), Lubelskiej (73,1%), Opolskiej (77,7%), Podlaskiej (92,3%) i Lubuskiej (97,3%), natomiast wzrosła w Kasach: Łódzkiej, Mazowieckiej, Pomorskiej, Śląskiej i Świętokrzyskiej. Po raz pierwszy zakontraktowano odrębnie takie świadczenia w Kasie Podkarpackiej i Warmińsko-Mazurskiej.

Przeciętne ceny osobodnia w 2000 r. kształtowały się na poziomie: ok. 80 zł – psychiatria

dorośli, ok. 103 zł – psychiatria dzieci i młodzieży, ok. 65 zł – terapia uzależnień, ok. 48 zł – zakłady opiekuńczo-lecznicze. Są to wyliczenia uśrednione, nie oddające rozpiętości cenowej występującej zarówno między Kasami Chorych, jak i w obrębie poszczególnych Kas.

Poważnym problemem, który występował już w roku 1999, a uległ zaostrzeniu w 2000 jest finansowanie oddziałów (zakładów) leczniczo-opiekuńczych oraz oddziałów psychiatrii sądowej wzmocnionego zabezpieczenia.

Kasy regionalne kontraktują świadczenia na poziomie 40–50% kosztów rzeczywistych pobytu pacjentów w oddziałach opiekuńczo-leczniczych, ponieważ zgodnie z art. 31a ust. 3 Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym „Kasy Chorych nie finansują kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Koszty te finansowane są na podstawie odrębnych przepisów”. Bardzo niskie dochody osobiste (renty, zasiłki) osób przebywających na tych oddziałach, stanowiące podstawę potrąceń na koszty wyżywienia i zakwaterowania, pokrywają jednak średnio tylko ok. 15% dziennego kosztu pobytu (pozwalają na dopłatę 7–9 zł. do „osobodnia”). W rezultacie dzienna stawka, którą dysponują szpitale, kształtują się znacznie poniżej kosztów rzeczywistych. Od ponad roku pobyt pacjentów w tej formie opieki jest kredytowany przez jednostki prowadzące, narażając je na poważne problemy finansowe. Ministerstwo Zdrowia zapowiadało wydanie przepisów wskazujących trzeciego płatnika, zobowiązanego w takich przypadkach do wyrównania różnicy kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Brak dodatkowego źródła finansowania spowodował trudności prawie we wszystkich szpitalach, posiadających w strukturze ten typ opieki, a w niektórych narastanie deficytu osiągnęło poziom zagrażający dalszemu ich funkcjonowaniu.

Jak wynika z materiałów regionalnych programów restrukturyzacyjnych, oddziały o charakterze opiekuńczym są szczególnie zalecaną formą przekształceń bazy szpitalnej, także psychiatrycznej. Brak właściwych uregulowań dotyczących ich finansowania może w istotnym stopniu ten proces zahamować. Obecnie (2001) 12 szpitali psychiatrycznych przeznaczyło łącznie 2 200 łóżek na zorganizowanie oddziałów opiekuńczo-leczniczych. Do tej tańszej formy opieki trafiają pacjenci, którzy ze względu na nasilające się okresowo zaburzenia psychotyczne wymagają stałego nadzoru i opieki, a którzy z różnych przyczyn nie mogą powrócić do swojego środowiska. Niektórzy spośród nich czekają na przeniesienie do domu pomocy społecznej.

Równie rażąco niskie są stawki przeznaczone na finansowanie pobytu w szpitalach psychiatrycznych osób, w stosunku do których sądy orzekły zastosowanie środka zabezpieczającego, co zagraża dalszemu funkcjonowaniu oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu. IPIŃ interweniował w tych sprawach w Ministerstwie Zdrowia. Sprawa należności za pobyt osób „internowanych” była przedmiotem obrad sejmowej komisji zdrowia, jak dotąd bez praktycznych następstw.

6. Psychiatria sądowa

W 2000 r. uruchomiono 2 dalsze regionalne ośrodki psychiatrii sądowej (ROPS) w Branicach (wrzesień) oraz w Kocborowie (listopad). Obecnie wszystkie trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej dysponują łącznie 209 łózkami i są finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Przyjęcia do ośrodków są regulowane przez Krajową Komisję ds. przyjęć do ROPS, powołaną przez dyrektora IPIŃ, co jest rozwiązaniem tymczasowym i wymaga regulacji prawnej, którą przewiduje opracowany projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, ich pojemności, zasad kierowania do nich oraz postępowania ze sprawcami w nich umieszczonymi, a także

warunków zabezpieczenia tych zakładów. Projekt ten, uzgodniony z Ministrem Sprawiedliwości oraz zaopiniowany przez Biuro Legislacyjne Urzędu Rady Ministrów oczekuje na zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia. Rozporządzenie przewiduje powołanie trzech typów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym (o zabezpieczeniu: podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym w ROPS) oraz określa warunki, które powinny spełniać te zakłady i kryteria, którymi należy kierować się przy umieszczaniu sprawców w tych zakładach.

Projekt zawiera tymczasową regulację zasad przyjęć do ROPS, m.in. następujący zapis:

§ 7.

1. W celu zapewnienia właściwego wyboru miejsca wykonywania środka zabezpieczającego i prawidłowego kierowania sprawców, sąd może zasięgnąć opinii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zwanego dalej Instytutem.
 2. Przed umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, sąd przesyła Instytutowi orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego wraz z opinią biegłych o stanie zdrowia psychicznego sprawcy, w celu wskazania miejsca wykonywania środka zabezpieczającego.
 3. Instytut po otrzymaniu dokumentów, o których mowa w ust. 2 w terminie 1 miesiąca przesyła sądowi propozycję miejsca wykonywania środka zabezpieczającego wraz z jej uzasadnieniem.
-

Aby to rozporządzenie miało właściwe umocowanie prawne – zaproponowano nowelizację odpowiednich artykułów kodeksu karnego, kodeksu postępowania karnego oraz kodeksu karnego wykonawczego. Z ważniejszych propozycji nowelizacji należy wymienić wprowadzenie zapisu do:

art. 201 kkw – w sprawie powołania komisji do spraw środków zabezpieczających, określenie jej zadań i trybu postępowania

art. 202 kkw – w sprawie możliwości udzielania przepustek sprawcom, wobec których jest stosowany środek zabezpieczający i określenia zasad stosowania przymusu bezpośredniego wobec tych osób.

W związku z wątpliwościami niektórych sądów w sprawie wypłacania honorariów biegłym za wydanie opinii sądowo-psychiatrycznej na podstawie obserwacji w szpitalu psychiatrycznym IPiN zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o wyjaśnienie zasad powoływania biegłych orzekających na podstawie obserwacji sądowo-psychiatrycznej, roli biegłych i odpowiedzialności zakładu psychiatrycznego za treść wydanej opinii oraz zasad wynagradzania biegłych w kontekście kosztów obserwacji sądowo-psychiatrycznych. Departament Legislacyjno-Prawny Ministerstwa Sprawiedliwości zajął w tej sprawie następujące stanowisko (cyt.):

„Opinię o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, po przeprowadzonej obserwacji sądowo-psychiatrycznej może wydać tylko zakład opieki zdrowotnej, w którym, na polecenie sądu, obserwacja została przeprowadzona i wówczas, wynagrodzenie za wydanie opinii przysługuje temu zakładowi, nie zaś indywidualnym biegłym. W takim wypadku nie ma bowiem zastosowania przepis art. 202 kpk, odnoszący się wyłącznie do jednorazowego badania stanu zdrowia psychicznego oskarżonego zawierający wymóg wskazania imiennie biegłych lekarzy psychiatrów, lecz art. 203 kpk, który regulując problematykę badania psychiatrycznego oskarżonego połączonego z obserwacją w zakładzie opieki zdrowotnej, takiego wymogu nie zawiera.

W tych warunkach, jeżeli do wydania opinii sąd powołał zakład opieki zdrowotnej, ten właśnie zakład, a nie indywidualny biegły (lub biegli) wydaje opinię i odpowiada za nią. Biegłych, którzy przeprowadzili badania i opracowali opinię wskazuje się w opinii. Oni też ją podpisują, jednak mimo to nie mogą działać we własnym imieniu. W takiej bowiem sytuacji,

w stosunku prawnym z sądem pozostaje wyłącznie zakład opieki zdrowotnej, bo tylko jego sąd zobowiązał do wydania opinii. W konsekwencji wyłącznie zakład upoważniony jest do reprezentowania opinii na zewnątrz, oraz wyłącznie zakład może wystąpić z żądaniem zapłaty przez sąd wynagrodzenia i zwrotu kosztów oraz wydatków określonych w § 13 ust. 1 cyt. rozporządzenia (por. także art. 291 Kodeksu postępowania cywilnego)”.

Przy takiej interpretacji zasad wynagradzania biegłych zajdzie potrzeba ustalenia nowych stawek wynagradzania biegłych.

7. Diagnostyka i terapia

Prowadzone w 2000 roku przez zespoły klinicystów Instytutu wizytacje szpitali psychiatrycznych wskazują, że ogólna ocena poziomu diagnostyki i terapii wypada pozytywnie i na ogół przestrzegane są zasady rozpoznania zawarte w ICD-10 oraz standardach terapii zalecanych przez Instytut. Jednak wciąż utrzymują się sygnalizowane wielokrotnie nieprawidłowości dotyczące: nieadekwatnej do podejmowanych działań terapeutycznych dokumentacji stanu klinicznego osób leczonych, nieuzasadnionej polipragmatyzacji (często wynika z bezradności terapeutycznej, zwłaszcza u przewlekle chorych), dominacji oddziaływań farmakologicznych, przy niedoborze metod psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Problemy te są często marginalnym polem zainteresowania nadzoru wojewódzkiego i dyrekcji szpitali, w działalności których dominuje głównie aktywność zmierzająca do zapewnienia egzystencji kierowanych placówek.

8. Dostępność leków psychotropowych

W Polsce zarejestrowano niemal wszystkie leki psychotropowe niezbędne do nowoczesnej terapii zaburzeń psychicznych, co nie oznacza ich powszechnej dostępności. Bariera jest cena leków nowych i najnowszych, których część jest dostępna dla osób zamożnym, a licznych szpitali nie stać na zakup. W sprawie tzw. „polityki lekowej” Konsultant Krajowy oraz IPiN wielokrot-

nie występowali do resortu zdrowia z następującym stanowiskiem.

- 1) Stosowanie leków psychotropowych (przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych, normotymicznych i nootropowych) jest podstawową formą leczenia przewlekłych chorób psychicznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 10) tej grupie osób. Ponadto art. 12 tej ustawy stanowi: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”. Wszystkie leki niezbędne do terapii chorób psychicznych, a w szczególności te, które zapewniają efektywność, bezpieczeństwo i wygodę leczenia, a co za tym idzie – należytą współpracę pacjenta z lekarzem (*compliance*) powinny być w pełni refundowane. Wprowadzone ograniczenia tego prawa (ryczałty i limity cen) są sprzeczne z Ustawą i sprawiają, że droższe leki są dla chorych psychicznie niedostępne.
- 2) Podstawowe leki psychotropowe (leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne) są w Polsce dostępne osobom chorym psychicznie, jako leki w pełni refundowane lub za opłatą ryczałtową. Istotne ograniczenia dotyczące leków nowych (II i III generacji) zarówno neuroleptyków, jak również leków przeciwdepresyjnych oraz stosowanych w zaburzeniach otępiennych typu alzheimerskiego. Cena tych leków przekracza możliwości nabywcze większości chorych i tylko nielicznych stać na zakup drogiego specyfiku.
- 3) Nowe, droższe, leki psychotropowe są często jedynymi, które chorzy mogą przyjmować ze względu na objawy niepożądane i powikłania kuracji występujące u części leczonych (jak np. parkinsonizm, późne dyskinezy i in.) bądź chorób uniemożliwiających stosowanie leków I generacji (klasycznych) – chorób narządu krążenia, wątroby, przerostu gruczołu krokowego, jaskry i in.
- 4) 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-tych, co zapewnia większą efektywność leczenia.

- 5) 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 (nasilenia tzw. objawów negatywnych) i niechęci chorych do leczenia, co wielokrotnie zwiększa rzeczywisty koszt terapii i opieki nad tą grupą osób chorych psychicznie. Koszt większości wielotygodniowych kuracji jest mniejszy od ceny jednego osobodnia pobytu w szpitalu, a tylko przy nielicznych stanowią 2–3-krotną jego wielkość.
- 6) Jedyna możliwość ograniczenia wydatków na leki powinna wynikać z ich właściwego, zgodnego ze wskazaniami i stanem chorego, ordynowania.
- 7) Wszystkie leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne i prokognitywne (tzw. nootropowe) powinny być nieodpłatnie udostępniane osobom przewlekle chorym psychicznie, co wymagałoby odpowiednich zmian w listach leków refundowanych i co za tym idzie odstąpienia od zasady stosowania tzw. limitu cenowego w stosunku do wymienionych grup leków.
- 8) Odrebnym problemem jest system kontroli porządnego ordynowania leków, który powinien być wdrożony przez instytucje do tego powołane.

9. Szkolenie podyplomowe i specjalizacja w zakresie psychiatrii

Rok 2000 był drugim rokiem funkcjonowania nowego, jednostopniowego systemu specjalizowania się w zakresie psychiatrii. W systemie tym ośrodkami odpowiedzialnymi za proces kształcenia są katedry psychiatrii i kliniki psychiatryczne, do których zadań należy zapewnienie właściwego przebiegu i należytego poziomu procesu specjalizowania. Miejscem odbywania podstawowych staży specjalizacyjnych mogą być wytypowane oddziały psychiatryczne szpitali. W bieżącym roku opracowano (po weryfikacji) wykaz takich oddziałów akredytowanych przy klinikach (tabl. 5). Do kierowników katedr i klinik psychiatrii AM konsultant krajowy zwrócił się z prośbą o włączenie tej cennej bazy szkoleniowej i zatrudnionych tam wysoko-

kwifikowanych specjalistów do szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychiatrii.

W ramach programu szkolenia podyplomowego, IPiN przy współpracy z CMKP zorganizował w 2000 r. 16 kursów podstawowych i doskonalących z zakresu psychiatrii. Kontynuowane są jednodniowe konferencje szkoleniowe dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych. Od kilku lat prowadzone jest cykliczne 2-letnie szkolenie w zakresie psychoterapii dla psychiatrów i psychologów. Ważną formą kształcenia podyplomowego są sympozja i konferencje naukowo-szkoleniowe. Uczestnicy sympozjów i konferencji wytypowanych przez ZG PTP uzyskują tzw. punkty edukacyjne.

W okresie mijającego dziesięciolecia wydatnie zwiększyła się dostępność źródeł wiedzy, z których mogą korzystać lekarze specjalizujący się w zakresie psychiatrii. Są to m.in.: nowe opracowania podręcznikowe i monograficzne z zakresu psychiatrii klinicznej, psychofarmakoterapii, psychoterapii oraz rehabilitacji. Ukazuje się regularnie 6 czasopism o tematyce psychiatrycznej.

Dotychczas nie funkcjonuje zorganizowany system dokształcania w zakresie psychiatrii lekarzy rodzinnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, podejmowane są natomiast liczne lokalne inicjatywy w tym zakresie, często przy udziale firm farmaceutycznych. Wykładowcami na takich konferencjach szkoleniowych są zwykle wysoko kwalifikowani psychiatrzy (w tym samodzielni pracownicy nauki). Liczne wydawnictwa, zwłaszcza czasopisma adresowane do tej grupy lekarzy regularnie zamieszczają materiały szkoleniowe z zakresu rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Ukazało się kilka podręczników i monografii na ten temat.

10. Nadzór specjalistyczny

W 2000 r. ujednolicono system nadzoru specjalistycznego likwidując stanowiska konsultantów regionalnych. Obecnie nadzór specjalistyczny w zakresie psychiatrii wykonują konsultanci wojewódzcy, w większości województw – kierownicy klinik psychiatrycznych.

Brak wyraźnie określonych zadań wydatnie utrudnia działalność konsultantów, zwłaszcza w relacji z regionalnymi kasami chorych, a ich rola w określaniu polityki zdrowotnej w dziedzinie psychiatrii w większości województw została zmarginalizowana. Przykładem było m.in. pominięcie konsultantów wojewódzkich w pracach regionalnych komitetów sterujących zajmujących się restrukturyzacją opieki zdrowotnej w większości województw, co należy uznać za oczywiste nieporozumienie i błąd. Nie ukazało się rozporządzenia Ministra Zdrowia określające zadania konsultantów (ukazało się w marcu 2001 – red).

11. Wdrażanie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Chociaż wprowadzenie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego niewątpliwie przyczyniło się do poprawy przestrzegania praw osób chorych psychicznie, przebywających w szpitalach psychiatrycznych (dotyczy to również kierowanych do tych szpitali), wciąż utrzymują się liczne nieprawidłowości w tym zakresie oraz naruszenie zapisów ustawy. W świetle badań prowadzonych przez Instytut – do ważniejszych nieprawidłowości zestawionych według kolejności świadczeń udzielanych pacjentom psychotycznym przed i podczas hospitalizacji należą:

Przed przyjęciem:

- kierowanie do szpitali psychiatrycznych z pominięciem osobistego badania znacznej części pacjentów (27,3%), w tym bez zgody 35,1%.

Przy przyjęciu:

- nieprzestrzeganie przez niektóre szpitale wymogu pisemnej zgody na przyjęcie i poprzestawanie na blankietowej zgodzie na przyjęcie i leczenie lub tylko nieokreślone leczenie
- zmuszanie części pacjentów (około 15%) do podpisania zgody na przyjęcie.

Podczas pobytu w szpitalu:

- nieprzestrzeganie art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o zawdzie lekarza (wymóg zgody na lecze-

nie) w przypadku większości pacjentów (w tym niepsychotycznych) przyjętych za zgodą. Wydaje się, że ten fundamentalny przepis nie jest znany wielu lekarzom udzielającym świadczeń zdrowotnych w szpitalach psychiatrycznym

- niedostateczne udokumentowanie zasadności przymusu bezpośredniego w znacznej części przypadków (około 30%)
- „mechaniczna” akceptacja zasadności stosowania przymusu bezpośredniego przez lekarzy zlecających i dyrektorów szpitali psychiatrycznych.

W czerwcu br. odwiedzili Polskę przedstawiciele Komisji Przestrzegania Praw Człowieka Rady Europy, którzy wizytowali niektóre szpitale psychiatryczne oraz zakłady karne. Raport komisji zostanie wkrótce opublikowany.

Na polecenie Ministra Zdrowia zespół powołany przez dyrektora Instytutu opracował projekt nowelizacji niektórych zapisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wśród nich m.in. zaproponowano następujące zapisy:

art. 2a – stwierdzenie, że podstawą działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest Krajowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego uchwalany przez Radę Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia, którego koordynatorem jest Instytut Psychiatrii i Neurologii, a także, że zadania programu będą finansowane z dotacji celowej budżetu państwa

art. 3, pkt 1a – zastąpienie określenia „osoba chora psychicznie” terminem „osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne”;

art. 5 – „Minister Zdrowia ustala w drodze rozporządzenia szczegółowe zasady organizacyjne i standardy udzielania świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej”;

art. 10 – „Osoby chore psychicznie mają prawo do korzystania z leków przypisywanych bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub częściową odpłatnością”.

art. 22 – „W nagłych przypadkach zwłaszcza wobec braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania” – istotne novum rozwiązujące liczne problemy, związane z udzielaniem pomocy w stanach nagłości, określono też zasady postępowania w przypadkach nagłych.

art. 57 – nowy artykuł legalizujący działalność Rzecznika: „Osoba z zaburzeniami psychicznymi korzystająca ze świadczeń zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej ma prawo do pomocy (ochrony swych interesów) przez Rzecznika Praw Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, którego powołuje Minister Zdrowia”

Ten sam zespół przedstawił propozycje zmian w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, m.in. do:

art. 31 – zapis: „Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w przypadku choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego przez zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz pogotowie ratunkowe”;

art. 58 – uzupełnienie: „Świadczenia zdrowotne szpitali psychiatrycznych mogą być udzielane również na podstawie skierowania lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego...”

Projekt nowelizacji obu ustaw przekazano do Ministerstwa Zdrowia w marcu 2000 r.

12. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Głównym celem „Programu...” jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku rodzin-

nym i społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach opieki zdrowotnej i innych form pomocy, przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Istotną częścią tego systemu jest środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, którego główne założenia są następujące.

- Opiekę psychiatryczną i odwykową zapewnia się populacji zamieszkałej na określonym terytorium.
- Podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie oraz formy pośrednie – oddziały dzienne, zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych (przy szpitalu, poradni, pogotowiu), różnego typu placówki rehabilitacyjne i formy zakwaterowania chronionego (mieszkania chronione i hostele).
- Opieka szpitalna jest sprawowana głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Duże szpitale psychiatryczne ulegają zmniejszeniu (do 350 łóżek) i przekształceniu w specjalistyczne jednostki. Odległość miejsca zamieszkania pacjenta od oddziału całodobowego powinna być możliwie najmniejsza i nie przekraczać 50–60 km (1 godz. dojazdu).
- Opiekę psychiatryczną sprawuje stały, wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki.
- Do sprawowania opieki włączeni są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza lekarze rodzinni.
- Poszczególne placówki opieki psychiatrycznej są funkcjonalnie zintegrowane w jeden system. Działalność tego systemu jest skoordynowana z działalnością innych placówek sprawujących opiekę zdrowotną oraz udzielających pomocy społecznej osobom z zaburzeniami psychicznymi na danym terenie.

W powiecie tworzy się zespół koordynacyjny, w skład którego wchodzi kierownicy placówek, sprawujący opiekę zdrowotną i pomoc społeczną nad osobami z zaburzeniami

psychicznymi na określonym obszarze. Zespół ten jest także organem doradczym samorządowej administracji terenowej oraz zarządów kas chorych w zakresie polityki zdrowotnej i pomocy społecznej w dziedzinie zdrowia psychicznego, potrzeb leczenia psychiatrycznego, w tym podziału i wykorzystania środków finansowych. Wojewoda powołuje zespół polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego kierowany przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

W marcu 1998 r. Sejmowa Komisja Zdrowia, po zapoznaniu się z informacjami NIK, Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o realizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w latach 1995–1997 oraz wspomnianym Programem uznała, iż problem zdrowia psychicznego ma ogromne znaczenie dla społeczeństwa i młodego pokolenia. W związku z tym uchwaliła Dezyderat nr 2 (19.03.1998 r.), w którym wystąpiła do rządu o przyjęcie interdyscyplinarnego programu ochrony zdrowia psychicznego, którego podstawą będzie przyjęty Program przez MZiOS w 1995 r., w którym należy w szczególności uwzględnić poprawę warunków leczenia psychiatrycznego i działań zapobiegawczych. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zlecił Instytutowi Psychiatrii i Neurologii opracowanie projektu nowelizacji Programu, co uczyniono.

Projekt znowelizowanego programu⁴ był konsultowany przez resorty współuczestniczące w jego realizacji, oceniany przez kolegium Ministra Zdrowia (czerwiec 2000), ponownie korygowany i oczekuje w Ministerstwie Zdrowia na dalsze decyzje.

13. Docelowa sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Jest to dokument (p. art. 6 i 55 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) o podstawowym znaczeniu dla poprawy dostępności oraz zróżnicowania psychiatrycznej i odwy-

kowej opieki zdrowotnej. Reforma podziału administracyjnego przyczyniła się do częściowej dezaktualizacji „Docelowej sieci”, którą Minister Zdrowia zobowiązany jest ustalić w drodze rozporządzenia zgodnie z zapisem art. 55 tej Ustawy. Dezaktualizacja dotyczy w szczególności rozmieszczenia istniejących już szpitali psychiatrycznych i oddziałów przy szpitalach ogólnych w nowych województwach. Potrzeba nowelizacji tego dokumentu wiązała się również ze zmianami w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nowy projekt „Docelowej sieci...” został przekazany do zaopiniowania wojewodom i obecnie oczekuje na dalsze decyzje w Ministerstwie Zdrowia.

14. Wnioski

Psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna w Polsce wymaga głębokiej modernizacji, której kształt i kierunek został określony w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, projekcie Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i Docelowej Sieci. Powodzenie realizacji tego zadania wymaga:

1. zatwierdzenia Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jako programu rządowego.
2. wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia do art. 55 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w sprawie docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
3. uwzględnienia, w kierowanym i nadzorowanym przez Ministra Zdrowia „Programie Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i perspektywach działań w latach następnych” ustaleń dotyczących psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej zawartych w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Docelowej Sieci.
4. nowelizacji Ustaw o ochronie zdrowia psychicznego i powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zgodnie z projektami złożonymi w Ministerstwie Zdrowia przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, która pozwoli na zlikwidowanie nieprawidłowości w organizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

⁴ tekst: p. *Post Psychiatr Neurol* 2000. 9, 3: 455–4722

5. wydania rozporządzenia w sprawie trybu powoływania konsultantów krajowych wojewódzkich, szczegółowego określenia ich zadań, uprawnień i sposobu finansowania tych zadań, określenia zakresu współpracy z organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej i kasami chorych (wydano w marcu 2001 – red.).
6. udostępniania nieodpłatnie osobom przewlekle chorym z zaburzeniami psychoetycznymi leków przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych, normotymicznych i nootropowych, z jednoczesnym wprowadzeniem systemu kontroli przez instytucje do tego powołane ich poprawnego ordynowania.
7. wydania przepisów określających zasady i tryb pokrywania przez budżet państwa różnicy kosztów wyżywienia i zakwaterowania osób przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, których potrącenia z dochodów nie wystarczają na pokrycie tych kosztów.
8. uregulowania sposobu finansowania pobytu w psychiatrycznych oddziałach sądowych o wzmocnionym zabezpieczeniu osób wobec których sądy orzekły zastosowanie środka zabezpieczającego. Funkcjonowanie tych oddziałów winno być opłacane z budżetu państwa (Minister Sprawiedliwości, Minister Zdrowia).
9. zapewnienia Krajowemu Konsultantowi w dziedzinie Psychiatrii stałego dostępu do informacji o wielkości i wartości świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej kontraktowanych przez Regionalne Kasy Chorych.