

## Badanie efektywności i kosztów pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej (doświadczenia amerykańskie)

*Cost-effectiveness analysis of non-hospital psychiatric care (US experiences)*

KATARZYNA HERCZYŃSKA

*Z Zespołu Leczenia Domowego, IV Klinika IPiN, Szpital Bródnowski*

**STRESZCZENIE.** *Praca omawia amerykańskie badania efektywności ekonomicznej (kosztów i zysków) alternatywnych wobec hospitalizacji form opieki psychiatrycznej. W części ogólnej zajmuje się problemami metodologicznymi badań porównujących opiekę środowiskową z tradycyjnymi formami leczenia. Następnie szczegółowo przedstawia trzy klarowne przykłady finansowej analizy opieki środowiskowej. W ostatniej części pracy poruszone są na tym tle problemy oceny kosztów różnych form leczenia w Polsce.*

**SUMMARY.** *The paper presents an overview of American studies of economic effectiveness (cost-gain) of alternative forms of psychiatric care. General methodological problems in studies comparing community care with traditional forms of treatment are outlined, which is followed by three clear examples of community care cost-effectiveness analysis. In the final part of the paper the problem of cost evaluation of various forms of treatment in Poland are discussed.*

---

**Słowa kluczowe:** opieka środowiskowa / efektywność ekonomiczna  
**Key words:** community care / economic effectiveness

---

Program deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Stanach Zjednoczonych zwiększył zainteresowanie formami opieki środowiskowej, które umożliwiają zarówno wypisanie ze szpitali latami w nich przebywających pacjentów, jak i ochronę pacjentów nowych przed długotrwałymi hospitalizacjami [6], [10]. W tej sytuacji istotna stała się ekonomiczna ocena efektywności, czyli kosztów i zysków różnych rodzajów opieki psychiatrycznej. Zaczęto realizować eksperymenty badawcze w celu porównania kosztów hospitalizacji i alternatywnych form leczenia. W ostatnich latach wyniki tych badań były podawane gruntownej krytyce metodologicznej, która doprowadziła do sformułowania bardziej jasnych kryteriów analizy kosztów opieki pozaszpitalnej [3], [4].

Jednocześnie część autorów amerykańskich zwraca uwagę na zaniedbywanie wniosków

płynących z tych eksperymentów - opłacalne formy leczenia środowiskowego nie są realizowane, wypisany ze szpitala pacjent pozostaje bez adekwatnej opieki [17], [10].

Celem pracy jest omówienie metodologicznych problemów analizy efektywności różnych form leczenia, przedstawienie trzech wybranych przykładów takiej analizy z literatury amerykańskiej oraz odniesienie ich do obecnej sytuacji w Polsce.

### PROBLEMY OCENY PROGRAMÓW ŚRODOWISKOWYCH

Badanie efektywności i kosztów tradycyjnego leczenia psychiatrycznego oraz porównanie ich z kosztami alternatywnych programów środowiskowych jest zadaniem trudnym.

Problem rozpoczyna się już w momencie, gdy rozważamy, co będziemy uważać za "alternatywny program środowiskowy".

Ekonomiści klasyfikują dobra i usługi jako pozostające wobec siebie w relacji zastępczej (substituującej) lub uzupełniającej (komplementarnej). Profesjonaliści psychiatryczni rozumieją relację pomiędzy usługami wewnątrz i pozaszpitalnymi jako zastępczą - im mniejsza opieka ambulatoryjna, tym większe wykorzystanie opieki szpitalnej. Zgodnie z tym zwiększenie dostępności wizyt ambulatoryjnych powinno przeciwdziałać hospitalizacji lub skracać okres leczenia szpitalnego, wpływając pośrednio na koszty leczenia. W modelu komplementarnym zwiększenie dostępności wizyt ambulatoryjnych powoduje zwiększenie wykrywalności - sumaryczna długość hospitalizacji może ulec zwiększeniu podwyższając koszty terapii.

Biorąc pod uwagę powyższe względy Goldstein i wsp. [7] na podstawie literatury badają, które z form opieki alternatywnej są zastępcze w stosunku do szpitala, czyli skracają okres hospitalizacji lub jej przeciwdziałają. Formami zastępczymi okazały się - opieka domowa, oddziały dzienne oraz domy pobytu z planowym programem rehabilitacyjnym (*residence*). Istotnym wyróżnikiem tych rodzajów opieki jest uwzględnianie opiekuńczych funkcji szpitala. Oznacza to, że pełnią zastępczą wobec szpitala rolę także w zakresie tych funkcji lub wybierają pacjentów, których podstawowe potrzeby są zabezpieczone. Autorzy cytują badania wykazujące, że w przeciwieństwie do programów środowiskowych opieka ambulatoryjna ma charakter komplementarny w stosunku do hospitalizacji - podwyższenie opłat za wizyty spowodowało spadek przyjęć do szpitala [12] (cyt. za [7]).

Na komplementarność bądź substytutywność usług ma też wpływ, poza charakterem oferty, rodzaj i głębokość zaburzeń pacjenta. Jest to czynnik często w badaniach pomijany. Z programów opieki środowiskowej wykluczani są często pacjenci z poważnymi zaburzeniami osobowości, uzależnieni, wyka-

zujący zachowania agresywne lub autoagresję. Dla rozszerzenia substytucyjnego charakteru usług pozaszpitalnych ważne jest tworzenie także dla nich form alternatywnych - pozwoli to uniknąć komplementarności związanej z działalnością ambulatorium.

Tak więc kluczowym problemem w ocenie, czy dany model środowiskowy jest alternatywny wobec leczenia szpitalnego wydaje się zbadanie, w jakim zakresie zaspokajają potrzeby pacjenta.

Potrzeby te rozumiane są bardzo szeroko (zmodyfikowana lista wg Steina i Test [13]):

1. materialne - jedzenie, mieszkanie, ubranie, opieka medyczna;
2. posiadanie podstawowych umiejętności społecznych, takich jak używanie publicznych środków transportu, przygotowywanie posiłków, gospodarowanie pieniędzmi;
3. uwolnienie od patologicznie zależnych relacji z osobami bądź instytucjami (patologiczna zależność rozumiana jest jako hamowanie rozwoju osobistego, powstawanie lęku w przypadku zagrożenia utratą związku);
4. udzielanie oparcia i edukacja członków społeczeństwa mających do czynienia z pacjentem;
5. utworzenie systemu oparcia, który asertywnie pomaga pacjentowi zaspokajać wyżej wymienione potrzeby, zwiększa motywację pacjenta do pozostania w społeczeństwie.

Krytycznego przeglądu prac zajmujących się tak rozumianymi alternatywnymi formami leczenia podejmuje się w swojej obszernej pracy Braun ze wsp. [3]. Formułują oni kryteria pozwalające na obiektywizację wyników w sposób następujący:

1. pacjenci dzieleni są (najlepiej losowo) na grupę eksperymentalną i kontrolną;
2. przed podziałem charakteryzowani są z uwzględnieniem danych demograficznych, historii psychiatrycznej, zmiennych psychospołecznych, statusu ekonomicznego, diagnozy;
3. program eksperymentalny i kontrolny są dokładnie opisane;

4. wynik obejmuje stan kliniczny, satysfakcję życiową, funkcjonowanie psychospołeczne;
5. badania obejmują dużą grupę przez odpowiednio długi okres czasu;
6. liczba pacjentów i obserwacji powinna być wystarczająca dla przeprowadzenia analizy statystycznej.

Według autorów pracy powyższe kryteria w niewielkim zakresie są spełniane przez publikowane badania. Analiza cytowanych kryteriów wykazuje, że nie można ich w pełni zrealizować. Pierwsze problemy napotykamy już przy podziale pacjentów na grupy. Oczywiście jest, że z grup eksperymentalnych wyłączani są pacjenci, którzy spełniają bezwzględne wskazania do hospitalizacji lub dla których z innych przyczyn oferta środowiskowa jest niewystarczająca.

W warunkach amerykańskich badania realizowane są w formie programów, na które przyznawane są ściśle określone fundusze. Powoduje to stosunkowo krótki czas prowadzenia eksperymentów, na ogół od 12 do 24 miesięcy. Dysponując tak krótkim czasem autorzy stoją przed wyborem, czy dopuścić do diagnostycznej niejednorodności grupy, czy też ograniczyć jej liczebność. Krótki czas trwania eksperymentu powoduje też, że w grupie poważnie zaburzonych pacjentów można oczekiwać tylko ograniczonych zmian. Tu może tkwić źródło sygnalizowanej przez wielu autorów nieopłacalności programów środowiskowych w odniesieniu do tej grupy pacjentów [8], [2].

Dodatkowym czynnikiem utrudniającym ocenę wyników badań amerykańskich jest duża zmienność tego, co autorzy określają jako "rutynową opiekę szpitalną", czy "tradycyjną opiekę poszpitalną". Z jednej strony występują duże różnice pomiędzy różnymi ośrodkami, zaś autorzy rzadko określają dokładnie ofertę szpitala, ograniczając się do ewentualnego określenia stosunku ilości personelu do pacjentów. Z drugiej strony pacjent korzysta z różnych form opieki poszpitalnej współistniejących na danym terenie. Zdarza

się, że eksperyment przeprowadzany jest w miejscu, gdzie istnieje już dobrze zintegrowana opieka, w tym także środowiskowa. Istotne jest więc dokładne wyszczególnienie, co nowy projekt zmienił bądź dodał do dotychczasowego systemu.

Badając problemy związane z analizą kosztów i zysków w warunkach amerykańskich, coraz więcej autorów krytykuje system polegający na czerpaniu funduszy na opiekę psychiatryczną z różnych źródeł [17], [14]. Wina za brak kontynuowania udanych programów środowiskowych obarczają oni chaotyczny i nielogiczny system rozdziału funduszy na instytucje psychiatryczne. W systemie tym brak koordynacji pomiędzy administracją lokalną, stanową i federalną. Rozwój środowiskowych form opieki jest także ograniczany przez system finansowania preferujący domy opieki (*nursing home*), a nie posiadające fachową opiekę psychiatryczną domy pobytu (*residence*), leczenie ostrych psychoz, a nie prowadzenie pacjentów chronicznych oraz hospitalizację, a nie leczenie w domu pacjenta.

Innym problemem obecnego systemu amerykańskiego jest brak współpracy pomiędzy poszczególnymi wydziałami na tym samym poziomie - lokalnym, stanowym bądź federalnym. Tak więc szpital stanowy może być przepełniony z powodu polityki mieszkaniowej na danym terenie. Programy środowiskowe mogą być ekonomiczne przy rozliczaniu wszystkich kosztów i zysków łącznie. Oznacza to, pozostając przy tym samym przykładzie, że koszty obciążają administrację mieszkaniową, podczas gdy zyski rejestrowane są w ministerstwie zdrowia. Bywa także odwrotnie, czego dowodzą opisane poniżej badania z Madison [18], w których ogólna przewaga zysków związana jest z dobrym funkcjonowaniem zawodowym pacjentów objętych kosztowną opieką środowiskową.

W tej sytuacji powstają propozycje tworzenia nowych programów federalnych, których zasadniczą ideą byłoby gromadzenie funduszy niezależnie od ich źródła [14]. Instytucja administracyjna na poziomie stanowym

byłaby odpowiedzialna za spójny i adekwatny dla danej społeczności system finansowania poszczególnych usług psychiatrycznych. System taki powinien stymulować zmiany w pożądanym kierunku - wykorzystania alternatywnych form leczenia, pomagania rodzinom w sprawowaniu opieki nad pacjentem. Poprzez umożliwienie pacjentowi wyboru opieki system powinien wpływać na podwyższenie jakości świadczeń ośrodków i ich efektywności ekonomicznej.

Praktycznym zastosowaniem tych idei jest próba wprowadzenia systemu bonów będących do dyspozycji pacjenta. Eksperyment taki został wprowadzony w Nassau County, New York w 1989 roku. Obecnie dokonywane są pierwsze oceny wykazujące zarówno skuteczność tej metody, jak i konieczność szkolenia osób kierujących tym systemem [1].

## TRZY WYBRANE PROGRAMY ŚRODOWISKOWE

Z obszernej literatury badań nad efektywnością leczenia środowiskowego opiszę trzy programy analizujące koszty i zyski stosowania form alternatywnych wobec hospitalizacji. Jako pierwszy przedstawiam model Madison z programem "Trening życia w społeczeństwie", przeprowadzony i opisany przez Steina i Test, oraz dokonaną wspólnie z Weisbrodem analizę ekonomicznych kosztów i zysków. Pracę tę można uznać obecnie za klasyczną w dziedzinie analizy efektywności leczenia środowiskowego. Chociaż nie spełnia ona wszystkich kryteriów metodologicznych - autorzy jako główne ograniczenie podają krótki okres czasu trwania eksperymentu (14 miesięcy) - zawiera w sobie imponująco rozległą analizę kosztów zarówno bezpośrednich, jak i odległych od systemu medycznego. Dla wyników pracy kluczowa jest analiza zysków, w tym także okresów zatrudnienia pacjentów, rzadko uwzględniana w innych pracach. Omawiam następnie opisany przez Borlanda i współpracowników program opieki środowiskowej zrealizowany w Spokane

County, Washington. Autor nie uwzględnił w analizie tak szerokiego spektrum kosztów, jak w pracy z Madison, natomiast badania są interesujące ze względu na stosunkowo długi (pięcioletni) okres trwania eksperymentu i szczególnie metodę wyboru grupy kontrolnej. Stanowią ją bowiem ci sami pacjenci w okresie ostatnich dwóch lat przed wprowadzeniem eksperymentu.

Trzecia praca opisuje dwuletni program realizowany w Massachusetts Mental Health Center w Bostonie. Omawiam ją, gdyż dotyczy nieistniejącej w Polsce formy opieki środowiskowej, mianowicie domu pobytu dla chorych psychicznie (*residence*). Analiza kosztów eksperymentu wzorowana była na systemie Weisbroda. Zasadniczą wadą tej analizy jest znikomo mała ilość pacjentów - 13 w grupie eksperymentalnej, 9 w grupie kontrolnej.

## Model Madison

Model Madison został szczegółowo zanalizowany w pracy Thompsona i wsp., którzy wyodrębnili następujące fazy w jego rozwoju w latach 65-90 [16]:

1. przeciwdziałanie instytucjonalizacji w ramach szpitala,
2. wypisywanie pacjentów do środowiska zgodnie z przyjętym programem "Wszelchstronne leczenie środowiskowe",
3. przeciwdziałanie hospitalizacji,
4. prowadzenie ciągłej opieki środowiskowej wobec młodych schizofreników,
5. utrzymywanie w środowisku trudnych, chronicznych pacjentów,
6. utworzenie systemu opieki dla wszystkich psychiatrycznych pacjentów sektora publicznego.

Obecnie skoncentruję się na omówieniu fazy określanej jako przeciwdziałanie hospitalizacji, realizowanej na podstawie programu "Trening życia społecznego"[13]. Polegał on na intensywnej opiece nad wylosowaną grupą 65 pacjentów, z których połowa miała postawione rozpoznanie schizofrenii. Pacjenci objęci byli 24-godzinną opieką środowiskową.

W zależności od deficytów w umiejętnościach społecznych i od potrzeb pacjentów zostały sformułowane indywidualne programy. Większość oddziaływań terapeutycznych miała miejsce w domu pacjenta, u sąsiadów lub w zakładzie pracy. Wysilek skierowany był na wzmacnianie mocnych stron pacjenta, unikano koncentrowania się na patologii. Grupa kontrolna otrzymywała opiekę tradycyjną w formie hospitalizacji całodobowej, częściowej i zwykłej opieki poszpitalnej.

Wyniki badań wykazały, że grupa eksperymentalna mniej czasu spędzała w szpitalu, miała wyższe wskaźniki zatrudnienia, większą satysfakcję życiową oraz mniej objawów chorobowych. Autorzy przeprowadzają bardzo dokładną analizę kosztów i korzyści rozumiejąc przez to zarówno koszty ekonomiczne mierzone ilością pieniędzy wydanych bądź zarobionych, jak i koszty społeczne [18].

Podstawowe wyniki analizy autorzy ujęli następująco.

1. Koszt ogólny leczenia chorych psychicznie jest bardzo wysoki - zarówno w szpitalu jak i w środowisku;
2. Znaczną część kosztów (40-50%) stanowią pośrednie koszty leczenia. To określenie dotyczy kosztów leczenia w innych szpitalach, nakładach na ośrodki pracy chronionej, dofinansowań z opieki społecznej itp;
3. Leczenie środowiskowe oferowane przez program jest kosztowniejsze w sferze kosztów bezpośrednich, inne koszty są niższe. Biorąc pod uwagę wszystkie koszty program szpitalny jest tańszy o 10%.
4. Korzyścią programu środowiskowego jest dwukrotnie wyższa w stosunku do grupy kontrolnej aktywność zawodowa pacjentów uczestniczących w tym programie;
5. Sumaryczne koszty i korzyści finansowe wykazują, że włączenie pacjenta do programu opieki środowiskowej daje oszczędność około 400\$ w skali rocznej (koszty po odliczeniu zysków dla pacjenta grupy kontrolnej wynosiły 6128\$, dla pacjenta grupy eksperymentalnej - 5729\$).

Wydaje się, że szczególnie punkt trzeci wymaga komentarza, gdyż nie jest zgodny z intuicyjnymi oczekiwaniami. W wielu badaniach szpital okazuje się wyjątkowo nieekonomiczną, kosztowną formą leczenia [13], [19] (cyt za 2). Pogląd ten znajduje wręcz odbicie w legislacjach stanowych. Na przykład w Kalifornii, w przepisach dotyczących tworzenia ośrodków dla krótkoterminowych hospitalizacji psychiatrycznych, koszt został z góry określony jako 60% kosztów oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym [11]. Stosunkowo wysokie koszty bezpośrednie programu środowiskowego "Trening życia społecznego" autorzy tłumaczą krótkim okresem trwania eksperymentu - duża część kosztów związana była ze wstępną edukacją personelu oraz z małą ilością pacjentów w fazie wstępnej oraz pod koniec eksperymentu.

Oddzielną część pracy stanowiło oszacowanie społecznego kosztu leczenia rozumianego jako obciążenie rodziny oraz społeczeństwa [15]. Badania nie wykazały różnicy w obciążeniu rodzin w obu grupach. Autorzy wiążą to z większym wsparciem, które rodziny pacjentów pozostających w domu otrzymywały w trakcie eksperymentu od personelu medycznego.

Obciążenie społeczeństwa mierzone było ilością aresztów, próbami samobójczymi oraz wykorzystaniem szpitalnych izb przyjęć przez pacjentów. To ostatnie kryterium zostało wprowadzone ze względu na częste przywożenie dziwnie zachowujących się pacjentów przez policję. Zarówno areszty, jak i dowożenie do izb przyjęć było częściej stosowane wobec pacjentów grupy kontrolnej. Pod względem prób samobójczych nie było istotnych różnic między grupami.

### Program w Spokane County

Drugim omawianym eksperymentem jest pięcioletni program intensywnej opieki alternatywnej obejmujący 72 młodych, opornych na leczenie pacjentów z chronicznymi zaburzeniami myślenia [2]. Program prowadzony

był w oparciu o idee "prowadzenia przypadku" (*case management*). Nie wchodząc głębiej w dyskusję nad istotą tego podejścia można je z grubsza określić jako system, w którym celem jest zapewnienie pacjentowi ciągłości opieki [9]. "Prowadzący przypadek" (*case manager*) jest odpowiedzialny za całość spraw związanych z pacjentem, wykorzystuje w pracy relację z pacjentem dając mu oparcie i strukturę. Osoba prowadząca wzmacnia mocne strony pacjenta, wyszukując i wykorzystując zasoby istniejące w pacjencie oraz jego środowisku. Pełni też dla pacjenta rolę elementu łączącego różne formy opieki. W opisywanym programie osoba prowadząca miała kontakt z pacjentem z częstotliwością od parę razy w ciągu dnia do raz na tydzień. Dyżur telefoniczny był utrzymywany przez całą dobę. Starano się przeciwdziałać hospitalizacji przez używanie form alternatywnych. W analizie kosztów brano pod uwagę koszty związane bezpośrednio z hospitalizacją, koszty eksperymentu oraz ubezpieczenia medycznego i socjalnego. Nie wykazano zasadniczej różnicy w kosztach w badanych okresach opieki nad pacjentami. Uzyskano 75% spadek hospitalizacji mierzony ilością dni natomiast o 193% wzrosło wykorzystanie domów pobytu (*residence*). Wynik ten prawdopodobnie spowodowany jest doborem do programu pacjentów chronicznych i o niskim poziomie funkcjonowania.

### Program w Bostonie

Celem trzeciego z wybranych do omówienia programów jest porównanie kosztów leczenia szpitalnego z utworzonym dla celów eksperymentu domem pobytu (*residential treatment alternative*) - Quarterway House [5]. Dom ten przeznaczony był dla pacjentów, którzy nie mogli utrzymać się w innych formach opieki środowiskowej ze względu na zaburzone - aspołeczne lub antyspołeczne zachowania oraz brak podstawowych umiejętności społecznych. Pacjenci zostali wybrani z pacjentów Massachusetts Mental Health Center, z wykluczeniem osób obarczonych cho-

robą fizyczną, zmianami organicznymi o.u.n. lub przejawiających niebezpieczne, destrukcyjne zachowanie. Wybranych 22 pacjentów podzielono na dwie grupy: 13 pacjentów stanowiących grupę eksperymentalną i 9 pacjentów tworzących grupę kontrolną pozostającą w oddziale. Prawie wszyscy pacjenci byli diagnozowani jako schizofrenicy. Powołując się na model Weisbroda (Madison) uwzględniono koszty bezpośrednie, pośrednie oraz koszty pozamedyczne (na przykład związane z interwencją policji i straży pożarnej). Sumaryczny koszt opieki alternatywnej okazał się niższy o około 14.5\$ za dzień pobytu pacjenta (koszt pobytu w szpitalu około 77.5\$, koszt pobytu w Quarterway House około 63\$).

### REFLEKSJE O SYTUACJI W POLSCE

Na zakończenie chciałabym zastanowić się, w jakim stopniu poruszane problemy metodologiczne, związane z badaniami form alternatywnych i ich efektywności oraz praktyczne dotyczące systemu finansowania są aktualne w obecnej sytuacji Polski. Porównując dotychczasową sytuację w Polsce z sytuacją badaczy amerykańskich możemy uznać, że jesteśmy w pewnej mierze uprzywilejowani. Można bowiem jasno określić, co jest tradycyjnym modelem opieki psychiatrycznej: jest to szpital psychiatryczny oraz Poradnie Zdrowia Psychicznego. Znikoma ilość pacjentów psychotycznych korzystała z innych form opieki, takich jak poradnie przy szpitalne, resortowe, prywatni psychiatrzy. Ośrodki środowiskowe natomiast pojawiały się nie w formie eksperymentu z określonym czasem trwania, ale jako trwałe struktury kontynuujące swoją działalność przez wiele lat. Można więc mówić o uniknięciu części problemów wynikających z krótkiego czasu trwania badań w warunkach amerykańskich.

Jednak tego typu model opieki środowiskowej rodzi inne problemy. Przede wszystkim jest to problem zmienności kadry oraz

programu ośrodka. Pewna fluktuacja personelu jest naturalna w ciągu wieloletniego okresu istnienia instytucji. Natomiast zmienność programu, która stanowi pewną niedogodność badawczą, świadczy jednak o rozwoju i o elastyczności w podążaniu za potrzebami pacjenta. Ośrodek, z którym jestem związana od wielu lat, jest w toku ewolucji od modelu obejmującego wyłącznie intensywną opiekę w domu pacjenta jako alternatywę wobec szpitala do modelu wszechstronnej opieki środowiskowej.

Także w sferze praktycznych rozwiązań finansowych dotychczasowa sytuacja w Polsce może wydawać się paradoksalnie korzystniejsza niż opisywana przez autorów amerykańskich. Paradoksalnie, gdyż opierała się na faktycznym braku rachunku ekonomicznego. Skoro pieniądze na różne formy opieki pochodziły z jednego źródła, nie powstawało pytanie o efektywność ekonomiczną różnych rodzajów leczenia. Tym między innymi można tłumaczyć brak w literaturze polskiej prac dotyczących kosztów i zysków wynikających ze stosowania alternatywnych form opieki.

W tej sytuacji przy doborze formy leczenia można było się kierować tylko możliwościami danego terenu, preferencjami pacjenta oraz lekarza, z oczywistą korzyścią pacjenta.

W warunkach polskich przeprowadzenie badań analogicznych do cytowanych powyżej było właściwie niemożliwe. Nie istniały bowiem nawet tak podstawowe wyliczenia jak koszt hospitalizacji pacjenta w oddziale, nie mówiąc już o bardziej subtelnych, takich jak koszt wizyty ambulatoryjnej, domowej, czy uwzględniane przez część autorów koszty pośrednie. Dopiero od niedawna służba zdrowia w Polsce, zmuszona ograniczeniami finansowymi, zaczęła stosować bardziej ścisłą kontrolę wydatków.

Obecnie pomimo braku zasadniczej reformy służby zdrowia i ubezpieczeń społecznych odczuwamy już skutki zmian finansowania poszczególnych jednostek służby zdrowia. Na przykład podział Warszawy na gminy utrudnił

korzystanie przez pacjentów z ośrodków rehabilitacyjnych znajdujących się poza ich gminą. Planowane ściśle rozliczenie kosztów każdego oddziału szpitalnego może skutkować zwiększeniem trudności w przekazywaniu pacjenta pomiędzy oddziałami w zależności od jego potrzeb.

Wydaje się, że szczególnie teraz, gdy stoiemy przed koniecznością dokonania wielu zmian warto przyrzeć się doświadczeniom innych krajów, aby dla doraźnych korzyści finansowych nie zepsuć tego, co długofalowo jest nie tylko dobre dla pacjenta, ale także daje zyski ekonomiczne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bertsch E. A Voucher System that Enables Persons with Severe Mental Illness to Purchase Community Support Services. HCP, 1992, 43, 1109-1112
2. Borland A., McRae J., Lycan C. Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management. HCP, 1989, 40, 369-376
3. Braun P., Kochansky G., Shapiro R. Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients a Critical Review of Outcome Studies. The American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 736-749
4. Brekke J. What Do We Really Know About Community Support Programs? Strategies for Better Monitoring. HCP, 1988, 39, 946-951
5. Dickey B., Cannon N., McGuire T., Gudeman J. The Quarterway House: A Two Year Cost Study of an Experimental Residential Program. HCP, 1986, 37, 1136-1143
6. Dorwat R. A Ten - Year Follow-up Study of the Effects of Deinstitutionalization. HCP, 1988, 39, 287-291
7. Goldstein J., Horgan C. Inpatient and Outpatient Psychiatric Services: Substitutes or Complements? HCP, 1988, 39, 632-635
8. Hafner H. Effectiveness and Cost of Community Care for Schizophrenic Patients. HCP, 1989, 40, 59-63
9. Kanter J. Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. HCP, 1989, 40, 361-367
10. Lamb H. Deinstitutionalization at the Crossroads. HCP, 1988, 39, 941-945
11. Moltzen S., Gurevitz H., Rappaport M., Goldman H. The Psychiatric Health Facility: An Alternative for Acute Inpatient Treatment in a Nonhospital Setting. HCP, 1986, 37, 1131-1135
12. Scheffler R., Watts C. Determinants of Inpatients Mental Health Use in a Heavily Insured Population. Journal of Human Resources, 1986, 21, 338-358 za 7.
13. Stein L., Test A. Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program

- and Clinical Evaluation. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 392-397
14. Talbott J., Sharfstein S. A Proposal for Future Funding of Chronic and Episodic Mental Illness. HCP, 1986, 37, 1126-1130
  15. Test A., Stein L. Alternative to Mental Hospital Treatment. Social Cost. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 409-412
  16. Thompson K., Griffith E., Leaf P. A Historical Review of the Madison Model of Community Care. HCP, 1990, 41, 625-641
  17. Torrey E. Economic Barriers to Widespread Implementation of Model Programs for the Seriously Mentally Ill. HCP, 1990, 41, 526-531
  18. Weisbrod B., Test A., Stein L. Alternative to Mental Hospital Treatment. Economic Benefit - Cost Analysis. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 400-405
  19. Witheridge T., Dincin J. An Assertive Outreach Program in an Urban Setting. New Direction for Mental Health Services, 1985, 26, 65-76 za 2.

*Adres: Dr Katarzyna Herczyńska, Zespół Leczenia Domowego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego,  
ul. Suwalska 11, Warszawa*