



Psychiatryczne leczenie stacjonarne – zadania i koszty, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów chorych somatycznie i psychicznie

Psychiatric inpatient treatment – tasks and costs, in particular regarding patients with comorbid somatic and mental disorders

MARIA ZAŁUSKA¹, ELŻBIETA KOBRZYŃSKA-ŻOCHOWSKA², AGNIESZKA DYDUCH³, MAREK BALICKI⁴, URSZULA ZANIEWSKA-CHŁOPIK³, MAJA KSZCZOTEK³, BERTRAND JANOTA³, RENATA ŻURKO³, STANISŁAWA KALUŻNA³

1. IV Klinika Psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
2. II Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa
3. Kliniczny Oddział Psychiatrii, Szpital Bielański, Warszawa
4. Szpital Wolski, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Ocena częstości współwystępowania chorób somatycznych i psychicznych oraz udziału kosztów ich leczenia w kosztach świadczeń oddziału psychiatrii w szpitalu ogólnym.

Metoda. W 3 szpitalach warszawskich: Bielańskim, Wolskim i Bródnowskim obliczono na podstawie dokumentacji medycznej w okresie 12 miesięcy (roku 2008) liczbę osób leczonych z powodu chorób somatycznych i psychicznych, oraz chorych leczonych tylko psychiatrycznie. Wzrost kosztów medycznych w związku z leczeniem choroby somatycznej wyrażony w procentach wyliczono dla oddziału psychiatrii w Szpitalu Bielańskim. Na jego podstawie oszacowano wzrost kosztów osobowych leczenia tych chorych. Na podstawie stawki za 1 osobodzień z kontraktu w 2008 roku oraz odsetka osób z chorobami somatycznymi w oddziale obliczono niedoszacowanie uśrednionych kosztów 1 osobodnia w oddziale wyrażone jako procent stawki kontraktu.

Wyniki. W badanych oddziałach przebywało od 46,9% do 53,3 % pacjentów z towarzyszącą chorobą somatyczną. Najczęstszymi były choroby układu sercowo naczyniowego, metaboliczne i endokrynologiczne, przewodu pokarmowego oraz układu oddechowego. Średni koszt medyczny 1 osobodnia u pacjenta z chorobą somatyczną był o 23,6% wyższy niż u pacjenta z chorobą tylko psychiczną. Średnio na 1 pacjenta w oddziale niedoszacowanie kosztów tylko medycznych i osobowych w stosunku do stawki oferowanej w kontrakcie z NFZ wynosiło 36,98 %

Wnioski. Ogólne niedoszacowanie świadczeń psychiatrycznych oddziałów szpitalnych wymaga zmiany zasad ich kontraktowania. U około 47%-53% chorych leczonych w oddziałach psychiatrii w szpitalach ogólnych występują choroby somatyczne zwiększając koszty leczenia o 23,6 %. Tworzenie nowych oddziałów psychiatrii w szpitalach wielospecjalistycznych, jak i utrzymanie oddziałów już istniejących wymaga uwzględnienia w kontraktach zwiększonych kosztów ich świadczeń.

SUMMARY

Objectives. To estimate the prevalence of comorbid physical and mental disorders as well as their treatment costs in the total cost of services provided on a psychiatric ward of a general hospital.

Method. On the grounds of medical records the number of patients treated for comorbid physical and mental disorders and of those receiving only psychiatric treatment over the period of 12 months (in the year 2008) was calculated in three general hospitals in Warsaw (Bielański, Wolski & Bródnowski). An increase in medical costs incurred by treatment of physical disorders in patients of the psychiatric ward at the Bielański Hospital was calculated as a percentage of the purely psychiatric treatment cost. On these grounds the increase in personal costs of treatment of patients with comorbidities was estimated. Using the person-day cost for delivery of services contracted in the year 2008 and the percentage of psychiatric patients with comorbidities treated on the ward, the amount of underestimation of the actual person-day cost of treatment on the ward was calculated as a percent of the contracted person-day cost.

Results. Between 46.9% and 53.3% of patients treated on the wards under study had a comorbid physical disease. The most frequent conditions included cardiovascular, metabolic and endocrine diseases, alimentary tract and pulmonary disorders. The average medical cost of one person-day for the patient with a comorbid physical illness was by 23.6% higher than that for the patient receiving psychiatric treatment only. The average underestimation of only medical and personal costs per one patient treated on the ward amounted to 36.98% of the person-day cost offered in the contract by the National Health Fund (NFZ).

Conclusions. Since the costs of services delivered on psychiatric wards of general hospitals are underestimated, it is necessary to change the principles of contracting such services. Approximately 47%-53% of patients treated on psychiatric wards in general hospitals suffer from comorbid physical diseases increasing the total costs of their treatment by 23.6%. The increased costs of services delivery on psychiatric wards should be accounted for in the NFZ contracts in order both to establish new psychiatric wards in general hospitals, and to maintain the already existing ones.

Słowa kluczowe: choroby somatyczne u chorych psychicznie / koszty leczenia szpitalnego

Key words: physical diseases in the mentally ill / inpatient treatment costs

Preferowany współcześnie model środowiskowy leczenia psychiatrycznego zakłada, że podstawowym miejscem leczenia zaburzeń psychicznych jest naturalne środowisko życia chorego. Leczenie to powinno się więc zasadniczo odbywać w różnorodnych pozaszpitalnych placówkach służby zdrowia (ambulatoryjnych, dziennych, leczenia domowego), przy wsparciu udzielanym choremu w lokalnym systemie pomocy społecznej (praca socjalna, usługi specjalistyczne, środowiskowe domy samopomocy, domy opieki).

Wdrożenie modelu środowiskowego nie oznacza jednak całkowitej rezygnacji z leczenia szpitalnego, lecz zachowanie optymalnej równowagi pomiędzy leczeniem szpitalnym (stacjonarnym) i pozaszpitalnym [1, 2]. Do zadań szpitalnego oddziału psychiatrycznego należą:

- zapewnienie całodobowej ochrony w razie zachowań zagrażających związanych z zaburzeniami psychicznymi,
- diagnoza i leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych i somatycznych wymagających całodobowej dostępu do opieki medycznej,
- oddziaływania psychoterapeutyczne i inne psychospołeczne wobec leczonych osób
- kierowanie pacjentów do innych placówek zgodnie z ustalonymi wskazaniami,
- przed- i podyplomowe szkolenie zawodowe personelu medycznego,
- orzecznictwo, badania naukowe i ewaluacyjne

Należy zwrócić uwagę, że ograniczenie hospitalizacji na rzecz leczenia i wspierania chorych w środowisku może skutkować zwiększeniem w populacji szpitalnej odsetka chorych z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami zagrażającymi, chorych ze znacznymi zaburzeniami funkcjonowania, nie współpracujących, których leczenie wiąże się z większymi kosztami. Istotne znaczenie dla kosztów leczenia w oddziałach ogólnopsychiatrycznych mają ponadto procedury związane z leczeniem pacjentów o zwiększonych i szczególnych potrzebach medycznych: psychogeriatrycznych, z alkoholowymi zespołami abstynencyjnymi i ich powikłaniami (deliria, napady padaczkowe), z depresją i schizofrenia lekooporną, z współwystępującymi chorobami somatycznym

Tymczasem świadczenia udzielane tym pacjentom w oddziale ogólnopsychiatrycznym, mimo że wymagają zwieszonych nakładów, są refundowane przez NFZ według tej samej stawki ogólnej (osobodnia).

W środowiskowym modelu leczenia psychiatrycznego zwraca się też szczególną uwagę na zminimalizowanie negatywnego wpływu środowiska szpitalnego na psychikę chorego. [3]

Wymaga to wprowadzenia do programów terapeutycznych oddziału psychiatrii obok farmakoterapii szeregu różnorodnych oddziaływań psychoterapeutycznych, psychospołecznych, edukacyjnych i środowiskowo-socjalnych, zatrudnienia obok lekarzy i pielęgniarek odpowiedniej liczby wyspecjalizowanego personelu (psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni), zapewnienia im szkoleń i superwizji, co również pociąga za sobą koszty.

Należy też zwrócić uwagę, iż oddziały psychiatrii w szpitalach ogólnych, jeśli dysponują małą liczbą łóżek – są kosztochłonne. Dla przykładu jeden nocny dyżur lekarski w dużym szpitalu psychiatrycznym jest opłacany dla 100-300 łóżek, a w szpitalu ogólnym dla 30-35. Przy małej liczbie łóżek psychiatrycznych w oddziale psychiatrii szpitala ogólnego często z powodu braku miejsc pacjenci są przekazywani z psychiatrycznej izby przyjęć do dużego szpitala psychiatrycznego transportem medycznym na koszt oddziału. Natomiast z uwagi na łatwiejszy dostęp do wyspecjalizowanych świadczeń medycznych w oddziale psychiatrii szpitala wielospecjalistycznego, częściej są w nim leczeni chorzy psychicznie z poważnymi zaburzeniami somatycznymi. Koszty leczenia tych somatycznych chorób nie są refundowane.

Można powiedzieć, że mimo spełniania wyższych, ale i bardziej kosztochłonnych standardów świadczeń psychiatryczno-medycznych w oddziałach psychiatrii w szpitalach wielospecjalistycznych, koszty tych świadczeń są refundowane na takim samym poziomie jak świadczenia w dużych szpitalach psychiatrycznych. Stworzyło to sytuację w której ujemne bilanse płatnicze małych oddziałów psychiatrii w szpitalach ogólnych mogą skutecznie zablokować tworzenie nowych tego typu oddziałów i doprowadzić do likwidacji obecnie istniejących. Nie można się bowiem spodziewać, by dyrektorzy szpitali wielospecjalistycznych decydowali się na utrzymywanie, a tym bardziej na tworzenie oddziału prowadzącego do przedłużenia szpitala (w szpitalach warszawskich roczny ujemny bilans płatniczy oddziałów psychiatrii wynosi po około 1 milion zł w każdym ze szpitali).

Ważnym elementem, który wymaga zmiany w systemie kontraktowania świadczeń szpitalnego leczenia psychiatrycznego, jest uwzględnienie refundacji kosztów leczenia chorób somatycznych. Na świecie i w Polsce powstały opracowania poruszające aspekty medyczne, organizacyjne i ekonomiczne współwystępowania chorób somatycznych i psychicznych [4, 5, 6]. Autorzy dużej pracy przeglądowej poświęconej temu zagadnieniu odnotowują, że w licznych badaniach wykazano przedwczesną umieralność osób z poważnymi schorzeniami psychicznymi (SMI, *serious mental*

illness) w tym: chorujących na schizofrenię, zaburzeniami afektywnymi i schizofrenią afektywną) [7]. Z doniesień literaturowych analizowanych przez autorów wynika, iż średnia długość życia chorych ze SMI jest krótsza od spodziewanej o około 13-30 lat. Za skrócenie przeżywalności tych chorych w około 60% (7,8 – 12 lat) odpowiada zwiększona zapadalność i chorobowość dotycząca zwłaszcza chorób sercowo naczyniowych, cukrzyca i chorób zakaźnych [7]. Istotnym czynnikiem pogarszającym przebieg chorób somatycznych u osób z chorobami psychicznymi jest gorszy dostęp tych osób do podstawowych i specjalistycznych świadczeń medycznych. Zwraca się uwagę na opóźnione rozpoznawanie i niewystarczające leczenie chorób somatycznych u osób chorych psychicznie [8, 9]. Czynnikiem niesprzyjającym odpowiednio wczesnemu rozpoznawaniu i skutecznemu leczeniu chorób somatycznych u chorych psychicznie mogą być zaniedbania ze strony pacjenta związane z jego niepełnosprawnością, a także trudności w komunikacji między lekarzami a pacjentem. Istotne znaczenie ma też stygmatyzacja pacjentów chorujących psychicznie w placówkach medycznych prowadząca do ich nierównego traktowania, zaniedbywania, niedostatecznego diagnozowania i leczenia u nich chorób somatycznych [10]. W rezultacie, w szpitalnym oddziale psychiatrii często zdarzają się pacjenci z zaostrzeniami choroby psychicznej, związanymi z nierozpoznaną i nieleczoną wcześniej chorobą somatyczną. Oddziały psychiatryczne są często jedynym miejscem rozpoznawania i leczenia chorób somatycznych u pacjentów z chorobami psychicznymi. Wymaga to uwzględnienia kosztów z tym związanych w kontraktowaniu świadczeń szpitalnych oddziałów psychiatrii. Dotyczy to szczególnie oddziałów psychiatrii w szpitalach wielospecjalistycznych, do których chorzy z współwystępującymi chorobami somatycznymi nierzadko kierowani są z pominięciem szpitala rejonowego z uwagi na większą dostępność bazy diagnostyczno-konsultacyjnej.

Procentowy udział chorych wymagających leczenia stanu somatycznego w populacji pacjentów szpitalnych oddziałów psychiatrycznych był oceniany różnie przez różnych autorów. Lycetson i wsp. [11] ocenili, że poważne problemy somatyczne wymagające konsultacji i leczenia specjalistycznego występowały u 20,6 % z 950 pacjentów przyjmowanych do szpitala ogólnego (*John Hopkins Hospital* w Baltimore w USA). Średnia czasu trwania hospitalizacji u pacjentów leczonych psychiatrycznie i somatycznie była dłuższa o 3,5 dnia. W badaniu przeprowadzonym w szpitalu ogólnym w Atenach, wśród 200 pacjentów ze schizofrenią i 228 z chorobą dwubiegunową choroby somatyczne obserwowano u 50% pacjentów ze schizofrenią i u 52,6% pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. Najczęstsze w grupie chorych z chorobą dwubiegunową były choroby układu krążenia,

a w grupie ze schizofrenią – zaburzenia hormonalne i metaboliczne. Występowanie chorób somatycznych w obu grupach korelowało dodatnio z czasem trwania leczenia szpitalnego [12]. Natomiast wśród 226 chorych przyjmowanych do oddziału ogólnopsychiatrycznego szpitala Tworowskiego w Pruszkowie stwierdzono występowanie chorób somatycznych u 68% osób. Zwrócono uwagę na zwiększone potrzeby medyczne występujące u chorych z współwystępowaniem choroby somatycznej i psychicznej, które nie są brane pod uwagę przez NFZ, przy obliczaniu kosztów świadczeń udzielnych przez psychiatryczne oddziały całodobowe [5]. Wskazuje to na potrzebę wyliczenia kosztów związanych z leczeniem chorób somatycznych u chorych psychicznie pacjentów oddziału psychiatrycznego.

CEL

Zmierzaliśmy do oceny częstości współwystępowania chorób somatycznych i psychicznych u pacjentów leczonych w oddziałach psychiatrii w szpitalach wielospecjalistycznych, oraz do oceny związanych z tym kosztów medycznych i pozamedycznych.

METODA

Badaniami objęto okres 12 miesięcy w roku 2008. Częstość współwystępowania chorób somatycznych oceniono retrospektywnie na podstawie dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów przyjmowanych do psychiatrycznych oddziałów całodobowych w okresie wymienionych 12 miesięcy do 3 szpitali warszawskich: Bielańskiego (377 przyjęć) chorych, Wolskim (412) i Bródnowskim (781).

Koszty medyczne (leków, środków opatrunkowych, konsultacji i badań diagnostycznych – laboratoryjnych, obrazowych i innych) leczenia chorób somatycznych obliczono dla oddziału psychiatrii w Szpitalu Bielańskim – na podstawie dokumentacji lekarskiej według cen aktualnych w okresie objętym badaniem. W obliczeniach uwzględniano tylko koszty medyczne i osobowe. Na podstawie procentowego wzrostu kosztów *medycznych* w przypadku chorujących somatycznie w porównaniu do kosztów medycznych osób chorujących tylko psychicznie oszacowano wzrost kosztów *osobowych* (wynagrodzenia i pochodne), zakładając u chorych somatycznie i psychicznie taki sam ich wzrost w stosunku do chorych tylko psychicznie, jak w przypadku kosztów medycznych. Na podstawie stawki za 1 osobodzień z kontraktu w 2008 roku oraz odsetka osób z chorobami somatycznymi leczonych w oddziale obliczono niedoszacowanie uśrednionych kosztów 1 osobodnia w oddziale wyrażone jako procent tej stawki.

WYNIKI

Liczby chorych z rozpoznanymi i leczonymi zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi w proporcji do wszystkich chorych przyjętych z powodu zaburzeń psychicznych do oddziałów psychiatrii trzech szpitali w Warszawie (Wolski, Bielański i Bródnowski) w badanym okresie przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Chorzy z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi wśród wszystkich chorych przyjętych w okresie 12 miesięcy roku 2008 do oddziałów psychiatrii trzech szpitali ogólnych w Warszawie

Table 1. Patients with physical and mental disorders among all patients admitted to psychiatric wards of three general hospitals in Warsaw over the 12-month period of 2008.

Leczeni z powodu choroby	Chorzy przyjęci w roku 2008 do szpitali						Razem	
	Bielański		Bródnowski		Wolski		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Somatycznej i psychicznej	158	46,9	416	53,3	212	51,5	786	51,4
Tylko psychicznej	179	53,1	365	46,7	200	48,5	744	48,6
Razem	337	100	781	100	412	100	1530	100

W okresie obserwowanych 12 miesięcy roku 2008 najwyższy procentowy udział chorych somatycznie występował w oddziale psychiatrii w Szpitalu Bródnowskiego (53,3%), nieco niższy – w Szpitalu Wolskim (51,6%), a najniższy w Szpitalu Bielańskim (46,9%). Średnio stanowiło to 51,4% z 1530 przyjętych chorych. Różnice wielkości pomiędzy odsetkami chorych somatycznie w poszczególnych szpitalach te nie były statystycznie istotne (test χ^2 , $p=0,199$).

W odniesieniu do chorych w Szpitalu Bielańskim porównano występowanie chorób somatycznych w grupach o różnym rozpoznaniu psychiatrycznym wg klasyfikacji ICD-10. (tabl. 2).

Tabela 2. Choroby somatyczne u chorych różniących się rozpoznaniem psychiatrycznym wg ICD-10, przyjętych do oddziału psychiatrii Szpitala Bielańskiego w roku 2008.

Table 2. Physical diseases in patients with different ICD-10 psychiatric diagnoses admitted to the psychiatric ward of the Bielański Hospital in the year 2008.

Grupy rozpoznań psychiatrycznych	Wszyscy przyjęci i leczeni		Leczeni z powodu choroby somatycznej i psychicznej	
	n	%	n	%
F0: zaburzenia organiczne	53	15,6	39	73,6
F1: związane z używaniem substancji	75	22,7	37	49,3
F2: zaburzenia schizofreniczne i urojeniowe	142	41,6	51	35,9
F3: zaburzenia afektywne	43	12,7	27	62,8
F4: zaburzenia lękowe i związane ze stresem	18	5,3	3	16,7
F6: zaburzenia osobowości	4	1,1	-	-
F7: upośledzenie umysłowe	1	0,2	1	0,6
F9: zaburzenia z początkiem w wieku rozwojowym	1	0,2	-	-
Razem	337	100	158	46,9

Najwyższe odsetki leczonych z powodu chorób somatycznych występowały w grupie chorych z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych na tle organicznym i zaburzeń afektywnych (73,6% i 62,8%), Wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych i w grupie chorych z zaburzeniami schizofrenicznymi i urojeniowymi odsetki osób wymagających leczenia z powodu chorób somatycznych były niższe (49,3% i 35,9%,) Najmniej chorych somatycznie (16,7%) było w grupie pacjentów z rozpoznaniami zaburzeń lękowych i związanych ze stresem.

U 93 osób (58,9%) spośród 158 chorych z współwystępującą chorobą psychiczną i somatyczną rozpoznano i leczono więcej niż jedną chorobę somatyczną a u 65 osób (41,1%) – tylko jedną. Średni czas pobytu w szpitalu pacjentów z porównywanych grup diagnostycznych (z chorobami somatycznymi i bez chorób somatycznych) nie różnił się i wynosił w grupie leczonych z somatycznie i psychiatrycznie – 35,3 dnia, a w grupie leczonych tylko psychiatrycznie – 35,8 dni. Częściej występującymi chorobami somatycznymi były choroby układu sercowo naczyniowego (107 przypadków), zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne (41), choroby przewodu pokarmowego (39), układu oddechowego (29), krwi i układu krwiotwórczego (21), układu moczowo płciowego (16), kostnowstawowego (11), schorzenia neurologiczne (11), następstwa urazów (8), nowotwory (6), inne schorzenia razem (infekcyjne, choroby skóry, ucha, oka i niezdiagnozowane) występowały u 18 osób. Do najczęściej rozpoznawanych chorób somatycznych należały: choroba nadciśnieniowa (65 przypadków), choroby żołądka i dwunastnicy (28), niewydolność serca (18), cukrzyca (14), choroba niedokrwienna serca i zapalenie płuc (po 13), choroby tarczycy i POChP (po 12), niedokrwistości niedoborowe (10) zapalenie pęcherza moczowego (9) i padaczka (5) – tabl. 3.

Tabela 3. Najczęstsze rozpoznania schorzeń somatycznych u pacjentów leczonych w oddziale psychiatrii Szpitala Bielańskiego w roku 2008.

Table 3. The most frequently diagnosed physical disorders in patients treated at the psychiatric ward of the Bielański Hospital in 2008.

Choroby	Najczęstsze rozpoznania	N
Sercowo-naczyniowe	choroba nadciśnieniowa	65
	niewydolność serca	18
	choroba niedokrwienna serca	13
Metaboliczne i hormonalne	cukrzyca	14
	choroby tarczycy	12
Przewodu pokarmowego	choroby żołądka i dwunastnicy	28
Układu oddechowego	zapalenie płuc i oskrzeli	13
	choroba obturacyjna płuc	12
Krwi	niedokrwistości niedoborowe	10
Układu moczowego	zapalenie pęcherza moczowego	9
Neurologiczne	padaczka	5

Koszty medyczne w grupie chorych leczonych tylko psychiatrycznie i chorych leczonych dodatkowo z powodu zaburzeń somatycznych przedstawiono w tabl. 4.

Średni koszt medyczny 1 osobodnia w oddziale psychiatrycznym w przypadku pacjenta z chorobą somatyczną był wyższy o 3,3 zł to jest o 23,6% w stosunku do kosztu medycznego 1 osobodnia pacjenta bez choroby somatycznej.

Za uzasadnione uznano analogiczne (to jest o 23,6%) oszacowanie wzrostu kosztów osobowych (płace personelu) opieki nad pacjentem z chorobą somatyczną w porównaniu z pacjentem bez choroby somatycznej. Przy założeniu 50% udziału chorych somatycznie w oddziale wyliczono na podstawie równania ($y = 0,236x + x$), dzienny koszt osobowy (personelu) na 1 chorego. Wyniósł on w przypadku bez choroby somatycznej – 142,04 zł, a z chorobą somatyczną – 175,5zł. Różnica wynosiła 33,5 zł (23,6%).

Tabela 4. Koszty medyczne wyliczone w grupie chorych diagnozowanych i leczonych z powodu choroby somatycznej i psychicznej w porównaniu z kosztami w grupie osób leczonych tylko psychiatrycznie, oraz koszty osobowe oszacowane dla obu wymienionych grup na podstawie różnicy w ich kosztach medycznych. .

Table 4. Medical costs calculated for the group of patients diagnosed with and treated for physical and mental disorders as compared to the costs for a group of patients receiving psychiatric treatment only; and personal costs estimated for both these groups accounting for the difference in their medical costs.

Chorzy leczeni	Koszty medyczne (zł)					Liczba osobodni	Wyliczony medyczny koszt osobodnia (zł)	Szacunkowy osobowy koszt osobodnia (zł)	Łączny (medyczny + osobowy) koszt osobodnia (zł)	
	leki		pozostałe							
	psycho-tropowe	soma-tyczne	razem	diagno-styka	konsulta-cje mate-rialy					razem
(A) Somatycznie i psychicznie N= 158	14 492,9	23 060,7	37 553,6	42 441,0	16 654,6	96 649,2	5 576	17,3	175,52	192,82
(B) Tylko psychicznie N= 181	59 526,4	-	59 526,4	27 659,0	3 572,5	90 757,9	6 492	14,0	142,04	156,04
Razem N = 339						(A)+(B) 187 407,1	(A)+(B) 12 068	(A)-(B) 3,3; 23,6%	(A)-(B) 33,48; 23,6%	(A)-(B) 36,78; 23,6%

Zsumowane koszty rzeczywiste osobowe i medyczne (bez uwzględnienia wydatków na media, zarządzanie i materiały niemedyczne) wynosiły w grupie osób z chorobą somatyczną 192,82 zł, a w grupie bez choroby somatycznej 156,04 zł.

Przy stawce za osobodzień z 2008 roku wynoszącej 126,50 zł, dopłata do każdego pacjenta powinna wynosić:

- u nieobciążonego chorobą somatyczną 156,04 – 126,5 = 29,54 zł,
- u obciążonego chorobą somatyczną 192,8 – 126,50 = 66,3 zł

Niedopłata w stosunku do stawki kontraktowej 126,5 zł wynosiła:

- 23,3% oferowanej stawki w przypadku pacjenta bez chorób somatycznych (53% chorych w oddziale)

- 52,4% w przypadku pacjenta z chorobą somatyczną (47% chorych w oddziale)

Średnio na 1 pacjenta w oddziale rzeczywista niedopłata wynosiła 36, 98% stawki oferowanej w kontrakcie z NFZ.

OMÓWIENIE

Leczenie stacjonarne jest niezbędnym elementem systemu psychiatrycznej opieki środowiskowej, przeznaczonym dla najpoważniej chorych, obarczonych różnego rodzaju ryzykiem. Rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej i redukcja łóżek psychiatrycznych będzie skutkować zwiększaniem się odsetka najciężej psychicznie chorych i chorych ze zwiększonymi potrzebami medycznymi w oddziałach

ogólno-psychiatrycznych. Spełnienie warunków, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ogólnopsychiatryczny udzielający świadczeń w systemie opieki środowiskowej wymaga także uwzględnienia kosztów zatrudnienia, szkolenia i superwizji personelu w liczbie koniecznej dla zapewnienia chorym bezpieczeństwa i dla realizacji niezbędnych oddziaływań terapeutycznych psychologiczno-społecznych, środowiskowych i socjalnych.

Leczenie chorych psychogeriatrycznych, chorych z alkoholowymi zespołami abstynencyjnymi i ich powikłaniami, chorych z zaburzeniami lekoopornymi i ze współwystępującymi chorobami somatycznymi, powinno być realizowane w oddziałach wyspecjalizowanych lub ogólnopsychiatrycznych na podstawie kontraktów uwzględniających ich złożone i zwiększone potrzeby medyczne, pielęgnacyjne, psychospołeczne.

Problemem o szczególnym znaczeniu, zauważanym na całym świecie jest występowanie chorób somatycznych u osób chorujących psychicznie. Choroby te u chorych psychicznie są niedostatecznie rozpoznawane i leczone powodując przedwczesną umieralność. Rozpoznawanie i leczenie chorób somatycznych jest ważnym zadaniem oddziałów ogólnopsychiatrycznych, zwłaszcza oddziałów funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych.

Odsetek chorych z zaburzeniami somatycznymi (średnio 51,4%) wśród 1530 chorych psychicznie leczonych w oddziałach ogólnopsychiatrycznych trzech szpitali warszawskich (Bielańskim, Bródnowskim i Wolskim) były wyższe, niż w obserwacji Lyktsos i wsp. u 950 pacjentów oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym (20,6%) [11], ale niższe niż w obserwacji 226 chorych w oddziale ogólnopsychiatrycznym szpitala psychiatrycznego w Pruszkowie (68%) [5]. Przeczy to tezie o częstszym występowaniu schorzeń somatycznych w oddziałach psychiatrycznych w szpitalu ogólnym niż psychiatrycznym, choć dla oceny znaczenia tego wyniku należałoby wziąć pod uwagę ciężkość rozpoznawanych schorzeń somatycznych i rozmiary związanych z nimi potrzeb medycznych. Odsetek chorych z chorobami somatycznymi ujawniony wśród pacjentów oddziałów psychiatrii w 3 szpitalach ogólnych w Warszawie był zbliżony do odsetka obserwowanego w szpitalu w Atenach wśród 428 pacjentów ze schizofrenią i chorobą dwubiegunową (średnio 51,3%), mimo iż populacja chorych psychicznie w szpitalach warszawskich była bardziej różnorodna i obejmowała całe spektrum rozpoznań psychiatrycznych. W Szpitalu Bielańskim, inaczej niż w doniesieniach ze szpitali w Baltimore i Atenach, średni czas trwania hospitalizacji w grupie chorych ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi (35,3 dni) nie był dłuższy w porównaniu z grupą chorych tylko psychicznie (35,8 dni). Należy jednak zauważyć,

że w obliczeniach w szpitalu Bielańskim w grupie chorych somatycznie uwzględniono łącznie chorych, którzy z powodu choroby psychicznej zostali przeniesieni na inny oddział specjalistyczny (skrócenie hospitalizacji psychiatrycznej), jak i chorych leczonych z powodu choroby somatycznej wyłącznie w oddziale psychiatrii (ewentualne wydłużenie czasu trwania hospitalizacji)

W obu grupach obserwowanych w szpitalu Bielańskim (chorych tylko psychicznie i chorych psychicznie i somatycznie) średni czas trwania hospitalizacji był dłuższy, niż średni czas trwania hospitalizacji wyliczony ogółem w statystyce szpitalnej dla oddziału psychiatrii w tym samym roku 2008 (30,2dnia). Wiązało się to z tym, że w obliczeniach dotyczących współwystępowania chorób somatycznych i psychicznych uwzględniano osoby, a nie hospitalizacje. W przypadku wystąpienia w badanym okresie powtórnej hospitalizacji sumowano razem czas trwania ich obu.

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono informacji dotyczących kosztów leczenia chorób somatycznych w oddziałach psychiatrycznych. Uzyskane wyniki wskazują, że w Szpitalu Bielańskim koszty leczenia w oddziale psychiatrii pacjentów ze współwystępującymi chorobami somatycznymi były o 23,6% wyższe od kosztów leczenia pacjentów psychiatrycznych nie obciążonych chorobą somatyczną. Sugeruje to, iż świadczenia oddziałów psychiatrii dla pacjentów z współwystępującymi chorobami somatycznymi i psychicznymi powinny być refundowane na zasadach uwzględniających zwiększone potrzeby medyczne tych chorych. Dotychczas świadczenia w oddziałach psychiatrycznych w odróżnieniu od oddziałów „somatycznych” są refundowane na podstawie ceny „osobodnia” niezależnie od rodzaju schorzenia i stosowanych procedur medycznych. Powoduje to, że faktycznie ponoszone koszty nie są dostatecznie refundowane, co powoduje narastanie zadłużeniu tych oddziałów. Według stawek z 2008 roku, niedopłata refundacji świadczeń oddziału psychiatrii wynosiła – tylko w odniesieniu do ponoszonych rzeczywistych kosztów medycznych i osobowych – 36,98 % stawki oferowanej w kontrakcie z NFZ.

WNIOSKI

1. Istotna rola oddziałów ogólnopsychiatrycznych w systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej i niedoszacowanie kosztów udzielanych w nich ich świadczeń (w 2008 roku średnio o 36,98% stawki oferowanej w kontraktach NFZ) wymaga zmiany dotychczasowych zasad refundowania kosztów świadczeń udzielanych w tych oddziałach

2. Około 50 % populacji oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych stanowią chorzy ze współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi wymagającymi diagnozy i leczenia, co zwiększa koszty świadczeń udzielanych tej grupie chorych o 23,6% w porównaniu z chorymi nieobciążonymi somatycznie.
3. Postulowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego tworzenie nowych oddziałów psychiatrii w szpitalach wielospecjalistycznych, jak również utrzymanie funkcjonowania już istniejących tego typu oddziałów wymaga uwzględnienia w kontraktach większych kosztów ich funkcjonowania w porównaniu do oddziałów szpitali psychiatrycznych

PIŚMIENNICTWO

1. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Post Psychiatr Neurol.* 2000; 9(3): 319- 37.
2. Załuska M, Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Post Psychiatr Neurol.* 2006; 15(4): 277-285.
3. Załuska M. Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej.* 2009; 2 (3): 156-164.
4. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman JA, Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69 (4): 514-519.
5. Kwaśna J, Łoza B, Patejuk-Mazurek I, Pawełczak P, Polikowska M, Grzesiewska J, Mosiołek A, Wójcik R. Zaburzenia somatyczne u pacjentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym. *Neuropsychiatria.* 2009; 1(2): 24-27.
6. Lehnert T, Konopka A, Riedel-Heller S, König HH. Health economic aspects of physical-mental comorbidity. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011; 54 (1):120-127.
7. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller H.-J, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011; 10: 52–77.
8. Reeves RR, Parker JD, Loveless P, Burke RS, Hart RH. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission. *Ann Clin Psychiatry.* 2010; 22 (3):180-185.
9. Fagiolini A, Goracci A, The effects of undertreated chronic medical illness in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry.* 2009; 70, suppl. 3: 22-29.
10. Küey L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2008; 21(4):403-411.
11. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics.* 2002; 43:24–30.
12. Douzenis A Seretis D, Nika S, Nikolaidou P, Papadopoulou A, Rizos EN, Christodoulou Ch, Tsopeles Ch, Mitchell D, Lykouras L. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. *BMC Health Services Research.* 2012; 12:166-175.

Adres/Address: Prof. Maria Załuska, IV Klinika Psychiatrii IPIN, Szpital Bielański, ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa; e-mail: ipin4kp@bielanski.med.pl; tel./fax.: 22 864 47 46