

## **Reforma służby zdrowia a zmiany niektórych wskaźników ruchu chorych w szpitalach psychiatrycznych**

### **Reform of medical services and changes of some patients' movement coefficients in psychiatric hospitals**

Józef Zając, Andrzej Kiejna, Joanna Rymaszewska

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

---

W pracy przeanalizowano ruch chorych w szpitalach psychiatrycznych na Dolnym Śląsku bezpośrednio przed reformą zdrowia w Polsce i w czasie jej wprowadzania.

epidemiologia  
reforma w psychiatrii

The patient« movement in Lower-Silesian psychiatric hospitals directly before and during the implementation of Health Care reform in Poland was analysed.

epidemiology  
reform in psychiatry

---

#### **Wstęp**

W Polsce w ciągu ostatnich 35 lat nie przeprowadzono epidemiologicznych badań w psychiatrii, chociaż potrzeby w tym zakresie ujawniła m.in. reforma służby zdrowia [1]. Dzięki niej z dużą ostrością wyartykułowano sprawę nadmiaru łóżek w szpitalach psychiatrycznych na Dolnym Śląsku [2]. Coraz częściej stawiane są pytania o rzeczywiste wskaźniki epidemiologiczne jako jeden z ważniejszych determinantów zmian.

Planowane w tym zakresie zmiany [3] są połączone z pytaniami:

- Jaki model leczenia przyjąć?
- Jaka powinna być optymalna liczba łóżek w szpitalach?
- Które z nich zlikwidować?
- Gdzie powołać nowe placówki?

Oczywiście badania epidemiologiczne nie są warunkiem sine qua non przeprowadzanych reform, ale mogą stanowić właściwy punkt odniesienia do planowania przekształceń w leczeniu psychiatrycznym. Obecnie jedynym wyznacznikiem procesów epidemiologicznych pozostają zachorowania rejestrowane przez placówki

służby zdrowia [4]. Otwarte pozostaje pytanie, jakim błędem obarczone jest takie wnioskowanie i jaka jest przydatność rutynowych danych statystycznych do oceny leczenia psychiatrycznego.

### **Cel badania**

Celem przeprowadzonego badania była ocena niektórych czynników, mogących w istotny sposób modyfikować urzędową statystykę szpitalną wykorzystywaną do oceny częstości występowania zaburzeń psychicznych i funkcjonowania szpitali psychiatrycznych w województwie dolnośląskim. Traktujemy je jako ograniczenia związane z procesem wnioskowania o epidemii. Mogą one mieć różny charakter. W analizie uwzględniono następujące ograniczenia:

1. Liczba leczonych w analizowanych szpitalach mogła nie odpowiadać w pełni liczbie chorych w populacji, rejonu, w którym znajdowała się dana placówka lub odwrotnie – w szpitalach mogły być leczone osoby z innych rejonów.
2. Procedury zbierania danych i sposób ich generowania nie były ujednolicone, co mogło prowadzić do uzyskania nieporównywalnych ze sobą wyników.
3. Trudny jest do oszacowania wpływ czynników natury administracyjnej, chociaż to one w najistotniejszy sposób wpływają na kształt i funkcjonowanie służby zdrowia obok czynnika rzeczywistego, związanego z częstością zachorowań w populacji.

### **Metoda**

W badaniu wykorzystano materiał empiryczny zebrany w ramach województwa dolnośląskiego i obejmujący praktykę leczenia szpitalnego w trzech latach: 1998–2000. Jest to okres szczególny dla funkcjonowania służby zdrowia w Polsce. Pierwszy rok to okres przed reformy służby zdrowia i reformy administracyjnej, następny – to rok wprowadzania reformy i nasilenia się procesów żywiołowych, i trzeci – charakteryzujący się pewną stabilizacją w ochronie zdrowia. Analiza danych z tego okresu pozwoliła uchwycić wyłaniające się tendencje w częstości występowania zaburzeń psychicznych (dane za rok 2000 uzyskano poprzez ekstrapolację danych z I półrocza 2000).

Opracowanie odnosi się do 7 szpitali psychiatrycznych. Dla wszystkich organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego. Pominęto szpital w Czarnym Borze, który w przeciwieństwie do pozostałych jest placówką wyłącznie o profilu odwykowym. Poniżej podano nazwy szpitali uwzględnionych w analizie. W dalszej części opracowania będą one określane nazwą miejscowości, w której się znajdują.

1. Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu,
2. Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Lubiążu,
3. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatrii w Krośnicach,
4. Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Bolesławcu,
5. Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Sieniawce,
6. Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Stroniu Śl.,
7. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi.

### Przepływy międzyregionalne pacjentów

Jeśli chcemy się wypowiadać o procesach epidemiologicznych w danym regionie, należy zwrócić uwagę, czy wszyscy leczeni w szpitalach tego regionu są jego mieszkańcami. Ma to zwłaszcza znaczenie w badaniach regionalnych, gdyż w analizach ogólnopolskich międzyregionalne przepływy pacjentów bilansują się.

Tabela 1 ukazuje odsetek osób z innych województw (około 4%) leczonych w szpitalach dolnośląskich. Jedynie w Krośnicach przyjmujących na oddziały dziecięce pacjentów z całej Polski odsetek ten wynosił 24%. Ze względu na tę specyfikę nie jest on reprezentatywny dla szpitali dolnośląskich i dlatego wyłączono go na tym etapie z analizy. W tej statystyce ujęto również osoby bez ustalonego miejsca zamieszkania. W roku 2000 w wymienionych szpitalach leczono 21 033 pacjentów. Według danych Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych (DRKCh) w tym samym roku 709 mieszkańców województwa skorzystało z leczenia poza placówkami Dolnego Śląska, co stanowi 3% leczonych w szpitalach. Można przyjąć, że z innych województw był podobny, niewielki odsetek pacjentów.

Tak więc omawiane ograniczenia w latach 1998–2000 na terenie województwa dolnośląskiego nie miały istotnego znaczenia.

### Procedury zbierania danych

Tabela 1

Pacjenci leczeni w szpitalach psychiatrycznych na Dolnym Śląsku w 1999 r.

SZPITAL	PACJENCI Z WOI. DOLNOŚL.	%	PACJENCI Z INNYCH WOJEW.	%	OGÓLNA LICZBA PACJENTÓW
Bolęszewiec	brak danych		brak danych		2002
Krośnice	1540	70%	480	24%	2020
Witów	1230	90%	70	6%	1300
Sieniewka	1434	95,42%	82	4,52%	1516
Schronie CE	brak danych		brak danych		
Wrocław	3014	95,11%	180	4,89%	3194
Złotoryja	brak danych		brak danych		

Informacje o pacjentach leczonych w dolnośląskich szpitalach psychiatrycznych przekazywane są rutynowo do następujących instytucji:

1. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN)
2. Wojewódzkie Centrum Monitorowania Służby Zdrowia (WCMSZ)
3. Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego (UMWD)
4. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych (DRKCh).

Wprawdzie celem badania nie była ocena rodzaju i jakości procedur zbierania danych, jednak zwraca uwagę, iż ten sam nadawca, czyli określony szpital, dla którego źródłem danych jest statystyczna karta szpitalna, do każdego z adresatów przysyłał różny zakres informacji. Sytuacja komplikuje się dodatkowo i wymaga dużej ostrożności badacza, gdy oczekujemy od adresatów informacji wychodzących poza dane zbierane standardowo. Różnice mogą dotyczyć również stosowanych pojęć, które często odpowiadają terminologii z innych dyscyplin wiedzy lub pochodzą z języka potocznego. Dlatego dla poprawności metodologicznej ważne jest, aby były one jednoznacznie zdefiniowane i właściwie stosowane na wszystkich szczeblach przekazu danych. Również w analizie i interpretacji materiału empirycznego powinno się używać takich samych pojęć, jak w procesie zbierania danych. Dobrym przykładem mogą być tutaj błędy zawarte w statystyce DRKCh dotyczącej łóżek szpitalnych, których liczba była zawyżona, gdyż zsumowano je z miejscami na oddziałach dziennych.

### **Wpływ czynników związanych z działaniami administracyjnymi**

W latach 1999–2000 w ochronie zdrowia obserwowano dynamiczne zmiany, związane przede wszystkim z wprowadzaniem reformy. Dokonywała się ona na mocy decyzji administracyjnych, wspieranych argumentami ekonomicznymi, co niekoniecznie musiało odpowiadać potrzebom społecznym.

Decyzje administracyjne, działania reformatorskie czy polityka kas chorych prowadzona wobec szpitala może mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na kształtowanie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych. Ewentualny negatywny wpływ może być w pewnej mierze niwelowany dzięki prowadzonym przez kasy chorych negocjacjom z podmiotami kontraktującymi świadczenia.

Oddziaływanie czynników administracyjnych na funkcjonowanie szpitali jest oczywiste. Wprawdzie ich wpływ na zmiany liczebności rejestrowanych przypadków jest trudny do oszacowania, jednak w sposób istotny zniekształca obraz procesów epidemiologicznych określonych na podstawie leczenia szpitalnego. Spójrzmy zatem, jak przeprowadzone w krótkich okresach zmiany administracyjne wpłynęły na ruch chorych w szpitalach psychiatrycznych.

### **Reforma a zmiany w liczbie leczonych**

Kluczowy dla naszych rozważań był rok 1999. Nie różnił się on znacząco w zakresie procesów, zjawisk i wskaźników społeczno-gospodarczych czy związanych ze środowiskiem naturalnym od roku poprzedzającego go czy też następującego po nim. Nie wystąpiły też takie okoliczności, które w sposób istotny modyfikowałyby procesy epidemiologiczne związane z zaburzeniami psychicznymi.

W tym kontekście interesuje nas pytanie, jaki był wpływ reformy na liczebność leczonych w szpitalach psychiatrycznych. Analizując ruch chorych w szpitalach zauważa się znaczący wzrost leczonych w roku 1999 w porównaniu z rokiem 1998. Odnotowano wzrost leczonych ogółem o 1/3, a leczonych po raz pierwszy o prawie 1/2. Taki gwałtowny wzrost mogły spowodować tylko czynniki natury administracyjnej, a nie procesy epidemiologiczne. Przyczyną tego wzrostu był prawdopodobnie sposób rozliczania usług szpitalnych przez kasy chorych. Polegał on na płatności za osobodzień. Dlatego im więcej było pacjentów i im dłuższy był pobyt w szpitalu, tym

hipotetycznie wyższy dochód osiągał szpital. Teza o istotnym oddziaływaniu czynników natury administracyjnej znajduje potwierdzenie w statystyce roku 2000, kiedy to wzrost liczby leczonych ogółem i po raz pierwszy, w porównaniu z rokiem 1999, wyniósł już tylko około 10%. Wpływ na to miała zapewne zmiana zasad rozliczania usług szpitalnych – odejście od płatności za osobodzień na rzecz limitowania pobytu jednostkowego i pobyków łącznych w ciągu roku.

### Wpływ działalności kas chorych na lecznictwo szpitalne

Tabela 2

Zmiany liczby leczonych ogółem ( $\Sigma$ ) i po raz pierwszy (I) w 7 analizowanych szpitalach psychiatrycznych w latach 1998–2000

Zaburzenia	1998		1999		2000		9998	9999	0000	0001	0002	0003	0004	0005
	Ó	I	Ó	I	Ó	I	Ó	%	Ó	%	I	%	I	%
Organiczne	1655	547	2270	795	2762	777	478	137,7%	492	21,67	220	19,21	278	127,4
Ubolewnia	4714	1475	6254	2540	6992	2544	1600	134,7%	130	102,21	118	62,2	4	99,4
Schizofrenia	4255	140	5670	809	6622	702	2664	132,9%	992	177,67	560	114,17	80	114,4
Afektowne	703	545	2113	695	2562	784	500	137,71	309	177,00	80	63,71	39	105,71
Nerwice	240	420	1124	547	1424	784	-144	60,4	302	24,67	140	65,00	160	127,71
Pozostałe	1032	501	1470	732	2170	662	307	137,50	-140	90,78	67	65,99	50	93,71
<b>RAZEM</b>	<b>12647</b>	<b>4051</b>	<b>16659</b>	<b>6649</b>	<b>21003</b>	<b>7200</b>	<b>492</b>	<b>137,71</b>	<b>2114</b>	<b>111,63</b>	<b>2009</b>	<b>146,64</b>	<b>562</b>	<b>100,60</b>

DRKCh wprowadziła określone zasady rozliczania w ramach kontraktów z placówkami służby zdrowia, w tym psychiatrycznymi. O tym, jaki miało to wpływ na ruch chorych w szpitalach psychiatrycznych, pisaliśmy wyżej. W tym miejscu poszerzymy opis tej problematyki, obrazując ją szczegółowo na przykładzie czasu pobytu pacjenta w szpitalu. W roku 2000 DRKCh wprowadziła ograniczenie długości jednej hospitalizacji oraz łącznej długości wszystkich hospitalizacji w danym roku. Te ograniczenia mogły ulegać korektom w indywidualnych przypadkach, ale generalnie obowiązywała zasada skracania czasu jednostkowej hospitalizacji do kilku tygodni, różnicując go w zależności od zaburzenia, natomiast długość wszystkich hospitalizacji w ciągu roku określono na 180 dni, z rygorem zaprzestania finansowania po przekroczeniu limitów. W tabelach 3 i 4 przedstawiono zmiany w strukturze pobytu leczonych w szpitalach psychiatrycznych w związku z zasadami wprowadzonymi przez DRKCh. W grupach osób hospitalizowanych do 2 tygodni i przez 3 tygodnie do 13 tygodni w roku 2000 nastąpił wzrost liczby leczonych w stosunku do roku 1998 o ponad 40%. Przy czym gwałtowny wzrost pacjentów nastąpił w roku 2000, kiedy wprowadzono ww. ograniczenia. Uznanie tych zmian za radykalne uzasadnia prawie 4-krotny wzrost hospitalizowanych do 2 tygodni w 2000 roku w stosunku do 1998. Podobnie, analizując zmiany liczby leczonych przez 3 tygodnie do 13 tygodni odnotowuje się wzrost prawie 2-krotny. Wzrost liczby leczonych w tych dwóch przedziałach

czasowych był raczej spowodowany czynnikami natury ekonomicznej (generowanymi metodami administracyjnymi), a nie zmianami w koncepcji leczenia czy pojawieniem się w tym czasie lżejszych przypadków.

Czynniki natury administracyjnej miały także wpływ na liczebność leczonych przez 14 do 26 tygodni i dłużej (tabele 5 i 6).

Tabela 3

Zmiany liczebności osób (Å) leczonych do 2 tygodni w 7 analizowanych szpitalach psychiatrycznych w latach 1998–2000, według zaburzeń

Zaburzenia	Do 2 tygodni					
	1998	1999	2000	99:98	00:99	00:98
	Liczba leczonych			Å	Å	%
Organiczne	343	217	372	-126	155	108,45%
Urolegnienia	1882	2175	2606	293	431	138,47%
Schizofrenia	341	354	556	19	202	163,05%
Afektywne	96	146	244	50	98	254,17%
Nerwice	88	129	208	41	79	236,36%
Powroble	276	275	338	-1	63	122,46%
<b>RAZEM</b>	<b>3026</b>	<b>3296</b>	<b>4524</b>	<b>270</b>	<b>1028</b>	<b>142,89%</b>

Tabela 4

Zmiany liczebności osób (Å) leczonych przez 3 tygodnie do 13 tygodni w 7 analizowanych szpitalach psychiatrycznych w latach 1998–2000, według zaburzeń

Zaburzenia	3 tygodnie do 13 tygodni					
	1998	1999	2000	99:98	00:99	00:98
	Liczba leczonych			Å	Å	%
Organiczne	237	520	648	283	128	273,42%
Urolegnienia	944	1091	946	147	-145	100,21%
Schizofrenia	1468	1718	2360	250	642	160,76%
Afektywne	542	683	1048	141	365	193,36%
Nerwice	694	429	604	-265	175	87,03%
Powroble	377	483	420	106	-63	111,41%
<b>RAZEM</b>	<b>4262</b>	<b>4924</b>	<b>6026</b>	<b>662</b>	<b>1102</b>	<b>141,39%</b>

Odnotowując utrzymanie się w przybliżeniu tej samej liczebności w 2000 r., w porównaniu z 1998, należy zauważyć, że w 1999 r. zaznaczyła się jednak wyraźna

Tabela 5

Zmiany liczebności osób (Å) leczonych przez 14 do 26 tygodni  
w 7 analizowanych szpitalach psychiatrycznych w latach 1998–2000, według zaburzeń

Zaburzenia	14 do 26 tygodni					
	1998	1999	2000	99:98	00:99	00:98
	Liczba leczonych			Å	Å	%
Organiczne	237	137	270	-100	133	113,92%
Uszkodzenia	414	324	33	-90	-236	21,26%
Schizofrenia	629	601	1000	-26	399	58,98%
Aktywne	247	231	182	-16	-49	73,68%
Nerwice	103	92	68	-11	-24	66,02%
Powrotki	109	119	153	10	39	144,95%
<b>RAZEM</b>	<b>1739</b>	<b>1504</b>	<b>1766</b>	<b>-235</b>	<b>262</b>	<b>101,55%</b>

Tabela 6

Zmiany liczebności osób (Å) leczonych dłużej niż 26 tygodni  
w 7 analizowanych szpitalach psychiatrycznych w latach 1998–2000, według zaburzeń

Zaburzenia	Powyżej 26 tygodni					
	1998	1999	2000	99:98	00:99	00:98
	Liczba leczonych			Å	Å	%
Organiczne	202	222	240	20	18	118,81%
Uszkodzenia	45	29	45	-16	16	100,00%
Schizofrenia	886	989	595	103	-394	67,15%
Aktywne	164	143	32	-16	-66	50,00%
Nerwice	43	34	34	-9	0	79,07%
Powrotki	35	32	96	-3	14	112,94%
<b>RAZEM</b>	<b>1425</b>	<b>1504</b>	<b>1092</b>	<b>79</b>	<b>-412</b>	<b>76,63%</b>

tendencja spadkowa, powstrzymana w 2000 r. Naszym zdaniem, tendencja ta została zahamowana przez wprowadzenie ograniczenia czasu pobytu do 26 tygodni dla przewlekle chorych na schizofrenię i zaburzenia o podłożu organicznym. Towarzyszyło

temu powstawanie zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), do których przenoszono przewlekle chorych. Tendencja spadkowa jest wyraźna w całym analizowanym okresie w grupie leczonych powyżej pół roku. Niektóre szpitale w ogóle nie wykazały takich chorych. Pojawiła się zatem nowa sytuacja, w której pewna grupa pacjentów, zawsze występująca w statystykach, nagle maleje czy nawet, można powiedzieć, znika ze statystyki.

### Omówienie

W pracy wyszczególniono trzy ograniczenia, które mogą mieć wpływ na wnioskowanie przeprowadzone na podstawie materiału empirycznego dostępnego w sprawozdaniach.

Pierwsze ma źródło w migracji pacjentów. Wykazaliśmy, że w latach 1998–2000 w skali województwa dolnośląskiego to ograniczenie nie występowało, przynajmniej w wymiarze przepływów międzywojewódzkich.

Drugie ma źródło w procedurach zbierania materiału empirycznego. Nie podjęliśmy systematycznej oceny tych procedur. Zakłócenia mogą wystąpić na każdym etapie ich stosowania. Mogą nastąpić na początku, np.: złe diagnozowanie leczonych, niesystematyczne wypełnianie kart chorych, powodujące w konsekwencji niezbyt wierne odtwarzanie przeszłości, czy na końcu – przy wygenerowaniu obciążonych błędem danych, które wykorzystuje badacz. O innych przejawach tego ograniczenia pisaliśmy powyżej. Docierające do nas informacje o niedomaganiu niektórych ogniw zbierania materiału empirycznego miały głównie charakter jednostkowy, aczkolwiek zdarzały się opinie, że dane pochodzą sprzed określonego roku, kiedy to ich zbieranie nie było pełne, a więc nie są wiarygodne. Bez względu na to, czy te zniekształcenia mają charakter jednostkowy, czy należą do przeszłości, badacz musi wykazywać daleko idącą ostrożność w ich wykorzystaniu, zwłaszcza jeśli procedury odbiegają od standardowych czy są niedawno wprowadzone. Ważne jest dokładne poznanie stosowanego w procedurach aparatu pojęciowego i bieżąca kontrola zgodności znaczeniowej pojęć używanych przez badacza, a występujących w procedurach zbierania danych.

Trzecie omawiane przez nas ograniczenie ma źródło w trudnych do oszacowania czynnikach, które określiliśmy jako czynniki natury administracyjnej. Nie podnosząc problematyki przyczyn (decyzje administracyjne mogą sprzyjać lub nie odzwierciedlanie w rejestrach rzeczywistej chorobowości psychiatrycznej w populacji) uważamy, że wskazaaliśmy na ułomności w procedurach zbierania danych, które mogły wpływać na wartości rejestrowanych wskaźników nie znajdujących uzasadnienia w rzeczywistym kształtowaniu się zjawisk i procesów epidemiologicznych. Są to zmiany sztucznie wykreowane, wskazujące na skuteczność działań administracyjnych lub na ich efekty uboczne.

Przedstawiliśmy spojrzenie na szpitalne leczenie psychiatryczne okresu reformy służby zdrowia w perspektywie barier wnioskowania epidemiologicznego. Nasze uwagi zamykamy refleksją, że zawarte w nich twierdzenia i zalecenia są aktualne zawsze, ale nabierają szczególnego znaczenia w czasie przełomowych zmian. Dlatego dla zarządzania danymi szpitalnymi niezbędny jest nowoczesny i ujednolicony system informatyczny.

### Summary

Selected empirical data relating psychiatric hospital morbidity from Lower-Silesian province in the years 1998-2000 was analysed. Official statistics became the main source of information about occurrences and epidemiological processes, because of lack of population studies from the psychiatric domain. Three main limitations of assessing disruption of such processes were pointed:

- inter-regional moving of patients;
- imperfection of procedures connected with accumulation of empirical material;
- influence of various administrative factors.

These last exert essential influence on changes of patients« movement coefficients in hospitals during implementation of the Health Care reform in Poland. Number of admitted patients in general and for the first time increased, simultaneously time of stay in the hospital grew shorter. No reasons have been found, for which these observed changes would be able to have reference in real epidemiological processes, quality of treatment. These changes are rather caused by the realisation of the reform, and precisely adaptative mechanisms of the subjects to Health Insurances requirements.

### Đlōidēr nēocáú çádráñōđrīlīc' ě ççēlīlīc' ílēññdūō d'řerçrnīlēlē d'đlēlūlīc' áēūiúō á d'ñcōčrnđc-łñęcō áēūiçōrō

#### Nīāldćrīcī

Á đráñl d'đlāññfāēlī řřēçç ílēññdūō nñřñčññč-łñęcō āřīiúō, ĩñiñ' ũcōñ' ě d'ñcōčrnđc-łñęcō ēl-łāñēō ālēō á áēūiçōrō á łcēilē nčēlççē á 1998-2000 āiārō. ĩññōñññācī čñ-ñēlāiāřicē đ'đōē' ōcē á řāēřñc d'ñcōčrnđcē ālērĳñ āiñōāřđññāliiōř nñřñčññçō āēřāiūē čññi-īççēlē čīōđērōcē ĩ ý d'čālēçīēiāc-łñęcō d'đlōlññrō. Ōerçřñ ĩř nđc āēřāiūl ōřēññdū d'đlđ' nññāōtūcī łōliēl ýñcō d'đlōlññiā:

- ēlēđlāçīřēūřūl d'đlēlūlīc' đ'rōçlīñiā,
- ílyōōlēñcāñññū d'đlōlññiā, nā' çřīiúō n' ĩřēđ'ēlīcēlē ýēđ'čđc-łñęiāi ērnđcērēt,
- āēç' ícī đřççē-iúō ōřēññđiā řāēçīčññđřñčāññāi đ'đ' āēř.

Ýñc đ'ñēlāiēl řerçūāřñ nōūlññāliiñl āēç' ícī ĩř ççēlīlīcī d'řerçrnīlēlē d'đlēlūlīc' áēūiúō á áēūiçōrō āi adlē' āālālic' đlōidēū á nēocāl çádráñōđrīlīc' á Diēūřl. Āiçđñēi' -cñēi' ēl-łiúō á řāūlē ērnñl ě āđlāūl, řāiřāđlēlīñ, nīçđřñcēiñū adlē' d'đlāūāřic' áēūiúō á áēūiçōrō. ĩl ĩřēālii đ'đc-čī, āē' ēññdūō ĩřāēřāřlēūl ççēlīlīc' ēiāēç āú āūñū d'đcōđi-łiú āi ālēññācñlēūiúō d'đlōlññiā ýđ'čāl-ēçīēiāc-łñęiāi đ'đ' āēř, cēç ēl ēř-łññāř ēl-łic'. Āñ, ýñi, nēiđlī āñlāi, nā' çřīi n' ēřīñlę-āliōcēlē đlōidēū, ř nī-īll āiāiđ', n' ēlōřicçēřēç řāřđ'ñrōcē āēūiç-iúō ōñēiācē ě nđlāiāřic' ě ēřññ āēūiúō.

### Die Reform des Gesundheitswesens und die Veränderungen mancher Indexe der Krankenverkehrs in den psychiatrischen Krankenhäusern

#### Zusammenfassung

In der Arbeit wurden ausgewählte statistische Angaben zur psychiatrischen Behandlung in den Krankenhäusern in Niederschlesien in den Jahren 1998 - 2000 analysiert. Der Mangel an Bevölkerungsforschungen aus dem Gebiet Psychiatrie macht die amtliche Statistik zur Hauptquelle der Informationen über die epidemiologischen Erscheinungen und Prozessen. Es wurden drei Hauptfaktoren gezeigt, die die Beurteilung dieser Prozesse stören:

- interregionaler Patientenverkehr
- Unvollkommenheit der Prozeduren, die mit dem Sammeln des empirischen Materials verbunden sind
- Wirkung unterschiedlicher Verwaltungsfaktoren

Die letzten haben einen großen Einfluss auf die Veränderung der Indexe des Krankenverkehrs in den Krankenhäusern in der Zeit nach der Einführung der Reform des Gesundheitswesens in Polen. Die Zahl der zum ersten Mal und allgemein Behandelten ist gestiegen, gleichzeitig wurde die Zeitdauer des Aufenthaltes in den Krankenhäusern verkürzt. Es wurden keine Gründe gefunden, für die die beobachteten Veränderungen einen Bezug auf die wirklichen epidemiologischen Prozesse oder Qualität der Behandlung haben könnten. Sie sind eher eine Konsequenz der Reform, und genauer Mechanisme der Adaptation der Krankenhäuser an die Anforderungen der Krankenkassen.

### **La réforme du service de la santé et les changements de certains coefficients du mouvement des patients dans les hôpitaux psychiatriques**

#### **Résumé**

Les auteurs analysent certaines données statistiques concernant les hôpitaux de la Silésie au cours des années 1998–2000. Faute des recherches sur la population du point de vue de la psychiatrie les données statistiques officielles constituent la source principale d'informations concernant les processus épidémiologiques. On souligne trois facteurs principaux influant sur l'estimation de ces processus:

- mouvement inter-régional des patients,
- procédés imparfaits liés avec l'accumulation du matériel empirique,
- influence de divers facteurs administratifs.

Ces derniers facteurs exercent une influence importante sur les changements des coefficients du mouvement des patients après la réforme du service de la santé en Pologne. On note l'accroissement des patients en général et hospitalisés pour la première fois d'une part, d'autre part la durée de l'hospitalisation diminue. Ces changements ne se lient pas avec les processus épidémiologiques ou avec la qualité du traitement, ils sont causés plutôt par la réforme et les mécanismes d'adaptation aux Caisses d'Assistance Médicale.

#### **Piśmiennictwo**

1. Balicki M, Leder S, Piotrowski A. *Focus on psychiatry in Poland*. Brit. J. Psychiatry 2000; 177: 375–381.
2. Pużyński S, Langiewicz W, Pietrzykowska B. *Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej i nadzoru specjalistycznego (1998)*. Psychiatr. Pol. 1999; 8: 227–234.
3. Pużyński S. *Program ochrony zdrowia psychicznego (projekt, lipiec 2000)*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 455–472.
4. Pużyński S, Langiewicz W, Pietrzykowska B. *Polska 2000: Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 95–107.

Otrzymano: 9.07.2001

Zrecenzowano: 19.10.2001

Przyjęto do druku: 19.11.2001

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii AM  
50-229 Wrocław, ul. Kraszewskiego