

Znaczenie środowiskowych placówek wsparcia społecznego dla kosztów leczenia osób przewlekle chorych psychicznie ¹

The influence of community support services on the costs of treatment of chronically mentally ill patients

Maria Załuska, Dorota Suchecka, Zofia Traczewska, Jolanta Paszko

Z IV Kliniki Psychiatrii IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska

Summary

Aim: To determine changes in costs of treatment for chronically mentally ill patients after their admittance to new social help units; Vocational Rehabilitation Center, Community Center of Mutual Help and Specialised Social Help Services at Client's Home.

Method: In the group of 73 chronically mentally ill persons, for two years before and after their admission to social help units, the global amount of care (months x persons) and all the costs (PLN) in both social help and mental health systems were compared.

Results: For two years after the admission to the mentioned services all the costs in mental health system were significantly decreasing (71,9%), but new costs in social welfare system emerged. The overall costs of care were higher than before, but the elevation (35,4 %) of all the costs was not so high as the increase (99,3%) of the care. The structure of care was improved (more day-, and less stationary care). The "out of the pocket" expenses for patients increased.

Conclusions: The implementation of social help services for chronic mentally ill patients is reducing the amount of stationary and day treatment, but increasing active community treatment. Money in the health system is saved, but all the expenses on community care are increased. Coordination of care and finances between the mental health and social welfare is needed. Common financing for both systems is questionable because of impending over medicalisation. The allocation of money saved to early rehabilitation in schizophrenia would be profitable in the future.

Słowa kluczowe: chorzy psychicznie, leczenie i oparcie społeczne, koszty

Key words: mentally ill patients, treatment and social support, costs

Wstęp

Zmiany po 1989 roku w Polsce, z jednej strony, wiążą się ze zwiększeniem progu trudności adaptacji do życia w społeczeństwie osób po psychiatrycznym leczeniu

¹ Praca wykonana w ramach badań własnych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

szpitalnym i nasilaniem się takich zjawisk, jak bezrobocie, bezdomność, ubożenie i marginalizacja osób mniej sprawnych, z drugiej strony – Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, o pomocy społecznej, oraz o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych [1, 2] umożliwiły tworzenie w całym kraju, w ramach pomocy społecznej, lokalnych systemów oparcia społecznego i rehabilitacji dla osób, wykazujących z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia poważne trudności w codziennych czynnościach życiowych i kontaktach społecznych [1].

Aktualne trudności, z jakimi boryka się reformowana służba zdrowia, ujemnie rzutują na wydolność psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego i innych form pośrednich. Tym istotniejsze znaczenie w pozaszpitalnej opiece i rehabilitacji osób chorujących psychicznie wydaje się mieć wkład placówek pomocy społecznej – Środowiskowych Domów Samopomocy i świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze [3, 4, 5, 6]. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce postuluje dalszą redukcję łóżek psychiatrycznych, co wymaga bardziej wydolnego systemu psychiatrycznej opieki środowiskowej [7]. Według koncepcji Centrum Zdrowia Psychicznego [8] zintegrowana opieka psychiatryczna powinna być organizowana dla terytorium zamieszkanego przez mniej więcej 150 000 mieszkańców i finansowana według stawki kapitałowej. Taki sposób finansowania byłby łatwiejszy przy wyodrębnieniu specjalnego budżetu na cele ochrony zdrowia psychicznego [9]. Można się zastanawiać, czy tak wyodrębniony budżet powinien służyć finansowaniu świadczeń na rzecz zdrowia psychicznego, zarówno w systemie służby zdrowia, jak i pomocy społecznej, czy też, tak jak dotychczas, leczenie i oparcie społeczne powinny być organizowane w dwu niezależnych systemach i finansowane z dwu odrębnych źródeł. Według danych WHO budżety wyodrębnione dla celów ochrony zdrowia psychicznego w rozwiniętych krajach stanowią od 1% do 5% całego państwowego budżetu ochrony zdrowia, natomiast im biedniejsze państwo, tym wyższy jest udział własnych kosztów pacjenta w leczeniu i opiece psychiatrycznej [9].

Cel

Celem pracy było określenie zmian w strukturze i kosztach świadczeń leczenia psychiatrycznego na rzecz przewlekle chorych psychicznie po wdrożeniu programów oparcia społecznego i rehabilitacji w ramach pomocy społecznej w gminie Targówek.

Materiał i metody

Terytorium i placówki: Badania przeprowadzono na terenie osiedla Bródno w gminie Targówek i okolicach (około 120 000 mieszkańców, wskaźnik łóżek 4,5 na 10 000). Od przełomu lat 1970/1980 funkcjonuje tu: całodobowy oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym (Bródnowskim) (54 łóżka), psychiatryczny oddział dzienny (25 miejsc), zespół leczenia środowiskowego z ambulatorium oraz Rejonowa Poradnia Zdrowia Psychicznego.

Na przełomie lat 1997 i 1998 w ramach pomocy społecznej utworzono na tym

terenie: Warsztat Terapii Zajęciowej (25 miejsc), Środowiskowy Dzienny Dom Samopomocy (25 miejsc), placówkę świadczącą psychiatryczne specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla około 40 osób).

Osoby badane: W grupie 73 osób, które po raz pierwszy w roku 1997 lub na początku 1998 uczestniczyły w Warsztacie Terapii Zajęciowej, korzystały ze specjalistycznych usług opiekuńczych lub uczęszczały do Środowiskowego Domu Samopomocy (dziennego), porównywano rozmiary i koszty świadczeń w systemie służby zdrowia i w systemie pomocy społecznej w ciągu dwu lat przed przyjęciem (od 1995/96 do 1997/98 – dalej lata A) i dwu lat po dacie przyjęcia danej osoby do jednej z wymienionych placówek pomocy społecznej (od 1997/98 do 1999/2000 – dalej lata B).

Wśród badanych było 39 kobiet i 34 mężczyzn – przeważnie chorowali na schizofrenię lub psychozy urojeniowe (64 osoby), rzadziej choroby afektywne (7), i zaburzenia depresyjne na tle organicznym (2 osoby). Mieli od 24 do 86 lat (średnio 47 lat). Większość z nich (70 osób – 96%) miała orzeczenie o niepełnosprawności (umiarkowana – 58, znaczna – 11). Choroba ich trwała od 2 do 59 lat (średnio 17,8 roku). Średnia liczba hospitalizacji psychiatrycznych w tej grupie wynosiła 8. Przeważały (63%) osoby z niskim wykształceniem (podstawowe lub zawodowe zasadnicze). Osób mieszkających samotnie było 19, a w rodzinie z drugim psychicznie chorym 15.

Metoda badań: Dla całej grupy 73 osób wyliczano w porównywanych okresach

- łączny czas trwania hospitalizacji całodobowych i dziennych w osobomiesiącach i ich łączny koszt w PLN
- łączną liczbę porad w poradni i w zespole leczenia środowiskowego, czas pozostawania pod opieką tych placówek i łączny koszt świadczeń tych placówek, oraz koszt refundacji stosowanych leków
- średni koszt leków opłacanych przez pacjenta.

Ponadto w ciągu 2 lat od daty przyjęcia każdej z osób po raz pierwszy do jednej z placówek pomocy społecznej wyliczono

- łączny czas pozostawania pod opieką tych placówek w osobomiesiącach i łączny koszt w PLN.

Porównano sumę świadczeń i kosztów w systemie służby zdrowia przed otwarciem i po otwarciu placówek pomocy społecznej. Porównano też łączne sumy oraz strukturę świadczeń i koszty w obu systemach razem, w porównywanych okresach.

Zasady przyjmowania badanych osób do placówek: Leczenie całodobowe na oddziale psychiatrycznym wykluczało ze wszystkich innych programów. Leczenie na psychiatrycznym oddziale dziennym wykluczało z leczenia w poradni i zespole leczenia środowiskowego, jak również z uczestnictwa w innych placówkach dziennych (Środowiskowy Dom Samopomocy i Warsztat Terapii Zajęciowej). Placówki oparcia społecznego i rehabilitacji nie zajmowały się leczeniem. Zakładano, iż uczestnicy tych placówek (Warsztat Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy, placówka świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze) będą równocześnie leczyć się ambulatoryjnie w poradni zdrowia psychicznego lub zespole leczenia środowiskowego. Niektórym, mniej sprawnym pacjentom, uczęszczającym rano do placówek dziennych, świadczone usługi opiekuńcze w domu, poza godzinami pobytu w tych

placówkach.

Podstawa obliczania kosztów: Koszty świadczeń placówek pomocy społecznej obliczano na podstawie kosztu osobodnia pobytu klienta lub ceny godziny usług według budżetu przewidzianego w umowie o wykonywaniu zadań zleconych placówce w ramach pomocy społecznej. Koszty świadczeń placówek służby zdrowia obliczono na podstawie kosztu osobodnia pobytu na oddziale dziennym lub całodobowym i kosztu 1 wizyty w przychodni lub porad w zespole leczenia środowiskowego według kontraktów z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych. Jako miarę wszystkich kosztów przyjęto dane z I kwartału roku 2001. Koszty leków oszacowano na podstawie cen z tego samego roku (2001).

Wyniki

I. Rozmiary świadczeń służby zdrowia przed utworzeniem i po utworzeniu placówek oparcia społecznego w ramach pomocy społecznej

Sumę osobomiesięcy świadczeń, dla całej grupy 73 osób przewlekle chorych psychicznie, w poszczególnych placówkach, osobno i łącznie w systemie służby zdrowia i w systemie pomocy społecznej, w porównywanych dwu okresach przedstawiono poniżej, w tabeli 1 i na rysunku 1.

Całkowita liczba osobomiesięcy opieki poszczególnych placówek w całej grupie 73 osób przed otwarciem i po otwarciu placówek pomocy społecznej

Tabela 1

Placówka	Liczba osobomiesięcy świadczeń w latach	
	Od 1995/01 do 1997/03	od 1997/03 do 1999/03
W systemie służby zdrowia	1763	1762
Specjalny oddział całodobowy	282	68
Oddział dzienny	114	24
Opieka ambulatoryjna razem	1357	100
Uj. jmc. poradnia RZP	(225)	(270)
zespół leczenia środowiskowego ZŁCE	(1132)	(1324)
W systemie pomocy społecznej	-	1726
Warszawa i Terapii Zajęciowej UTZ	-	500
Obwodowy Dom Samopomocy ODC	-	347
Specjalistyczne usługi opiekuńcze SUC	-	800
Opieka i leczenie razem	1763	3177

W ciągu dwu lat od wdrożenia świadczeń placówek pomocy społecznej, w porównaniu z dwoma latami poprzednimi, zaobserwowano:

– Istotne zmniejszenie się łącznej liczby osobomiesięcy hospitalizacji na oddziale całodobowym z 282 do 68 (75,9%) i na oddziale dziennym ze 114 do 24 (78,9%),

a zarazem wydłużenie się czasu pozostawania (w osobomiesiącach) pod opieką poradni lub zespołu leczenia środowiskowego z 1357 do 1660 (22,3%).

– Równocześnie w ciągu 2 lat od otwarcia placówek pomocy społecznej całej tej grupie chorych przyznano łącznie 1725 dodatkowych osobomiesięcy świadczeń (w Warsztacie Terapii Zajęciowej – 569, w dziennym Środowiskowym Domu Samopomocy – 347, i w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych – 809).

Liczby wizyt w przychodni i porad w zespole leczenia środowiskowego dla całej badanej grupy w porównywanych okresach przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Liczby wszystkich porad w przychodni i zespole leczenia środowiskowego w porównywanych okresach w badanej grupie 73 chorych

Placówki	Liczby wizyt ogółem w latach	
	od 1995/96 do 1997/98	od 1997/98 do 1999/2000
Obejmuje placówek razem	1157*	1885*
Poradnia PZP	213	245
Zespół leczenia środowiskowego ZLCE	944	1640

* średnia liczba wizyt w miesiącu na 1 osobę – 0,9

** średnia liczba wizyt w miesiącu na 1 osobę – 1,2

Ogólna liczba wszystkich wizyt ambulatoryjnych dla całej badanej grupy w ciągu dwu lat po otwarciu placówek pomocy społecznej zwiększyła się, w porównaniu z dwoma latami poprzednimi, z 1157 do 1885, a więc o 62,9%; średnio w miesiącu na 1 osobę z 0,9 do 1,2 wizyty. W głównej mierze zwiększyła się liczba porad udzielanych przez zespół leczenia środowiskowego (o 73,7%). Liczba wizyt w poradni zwiększyła się w mniejszym stopniu (o 15%).

II. Koszty w systemie służby zdrowia przed wdrożeniem i po wdrożeniu świadczeń pomocy społecznej

W tab. 3 podano zestawienie wszystkich leków przyjmowanych w badanej grupie chorych w okresie badanym i ich ceny z uwzględnieniem części refundowanej i nie refundowanej (płatnej przez pacjenta).

Średni całkowity refundowany koszt jednego dnia zażywania leków w badanej grupie chorych w całym obserwowanym okresie wynosił 153,46 PLN, a średni koszt leków nie refundowanych 28,6 PLN. Oznacza to średnio na miesiąc dla 1 osoby 63,9 PLN kosztu leków refundowanych i 11,9 PLN nie refundowanych.

Obliczono w całej grupie całkowity koszt świadczeń w poszczególnych placówkach oraz łączne koszty w służbie zdrowia i łączne koszty pomocy społecznej w porównywanych okresach (tab. 4).

Tabela 3

Leki przyjmowane w badanym okresie w całej grupie i ich koszt z podziałem na refundowane i nie refundowane

Grupy leków	Liczba osób przyjmujących dany lek w		Średni koszt refundacji 1 dnia zapytania lekiem dla 1 pacjenta w porównaniu	Średni koszt 1 dnia zapytania lekiem opłaconych przez 1 pacjenta
	w tabletkach	w iniekcjach	średnio PLN	średnio PLN
Neuroleptyki atypowe doustne	18	-	106,2	17,38
Neuroleptyki o przedłużonym działaniu		30	19,18	-
Neuroleptyki klasyczne doustne	26	-	13,39	-
Leki nośnymylnicane	13	-	6,86	1,71
Leki przeciwdrożdżycowe	4	-	4,43	4,4
Przeciwparkinsonowe ustne	5	-	0,76	0,86
Neuroleptyki atypowe	1	-	0,84	0,84
Leki uspokajające i nasenne	14	-	1,80	3,41
Razem			153,46	28,6

Tabela 4

Koszt świadczeń poszczególnych placówek dla całej badanej grupy chorych oraz łączny koszt świadczeń w systemie służby zdrowia i w systemie pomocy społecznej w porównywanych latach

Placówki	Średni koszt PLN w osobę	
	1995/96 – 1997/98	1997/98 – 1999/2000
Wszystkie służby zdrowia	1 325 242	453 981,5
Psychiatryczny oddział całonocowy w szpitalu ogólnym	1 010 265,0	244 752,5
Psychiatryczny oddział dzienny	190 355,0	40 315,0
Koszt całonocowego leczenia ambulatoryjnego w FZPi ZŁE	124 622,0*	168 914,0**
Wszystkie pomocy społecznej	-	1 320 372,0
Urząd i Terapii Zajęciowej	-	787 496,0
Chodzieżowy Dom Samopomocy (dzienny)	-	295 030,0
Specjalistyczne usługi opiekuńcze w domu klienta	-	237 846,0
Razem	1 325 242	1 774 353,5

*lata 1995/96 – 1997/98: koszt wizyt = 37 992, koszt refundacji leków 86 630

**lata 1997/98 – 1999/2000: koszt wizyt = 62 940, koszt refundacji leków 105 974

W ciągu 2 lat po objęciu 73 chorych opieką placówek oparcia społecznego w ramach pomocy społecznej doszło w systemie służby zdrowia do znacznego obniżenia się wszystkich kosztów łącznie (z 1 325 142 PLN do 453 981,5 PLN). Obniżyły się zarówno koszty leczenia na oddziale całodobowym (o 75,8%), jak i na oddziale dziennym (o 78,8%), a równocześnie wzrosły koszty leczenia ambulatoryjnego (o 35,54%).

Tabela 5

Koszty leczenia ambulatoryjnego w grupie 73 przewlekle chorych – porównanie 2 lat przed przyjęciem i 2 lat po przyjęciu badanych osób do placówek pomocy społecznej

Rodzaje świadczeń	Łączne koszty [PLN] w latach	
	1995/96 – 1997/98	1997/98 – 1999/2000
Ujazdy w poradni	6 390,0	7 350,0
Porady udzielane przez zespół leczenia środowiskowego	31 602	55 590,0
Leki – koszty refundacji	86 630	106 974,2
Razem (Wszystkie koszty leczenia ambulatoryjnego)	140 252	168 914
Koszty leków pomniejszone przez przepisy prawa	16 152	16 754

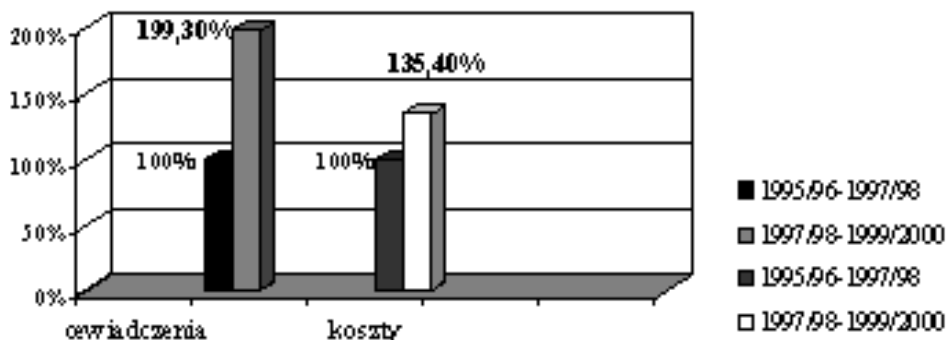
Koszty leczenia ambulatoryjnego przedstawiono dokładnie w tabeli 5.

Wśród kosztów leczenia ambulatoryjnego najwyższe są koszty refundacji leków. Stanowiły w całej badanej grupie (73 osób) 78,6% wszystkich kosztów ambulatoryjnych w latach A i 62,7% w latach B. Koszty te w ciągu 2 lat po otwarciu placówek pomocy społecznej wzrosły w całej badanej grupie o 16,1%. Jednak proporcjonalnie najwyższy wzrost kosztów w lecznictwie ambulatoryjnym, po umieszczeniu przewlekle chorych w środowiskowych placówkach pomocy społecznej, dotyczył kosztów zespołu leczenia środowiskowego.

III Porównanie rozmiaru, struktury i kosztów świadczeń w służbie zdrowia i pomocy społecznej przed otwarciem i po otwarciu placówek oparcia społecznego

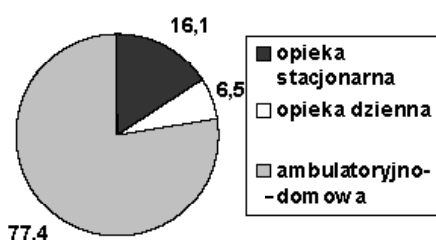
Porównano procentowy wzrost wszystkich świadczeń ze wzrostem wszystkich kosztów (służby zdrowia i pomocy społecznej łącznie) w ciągu 2 lat przed przyjęciem i 2 lat po przyjęciu grupy 73 osób do placówek oparcia społecznego.

W ciągu 2 lat po otwarciu placówek WTZ, ŚDS i SUO (lata B) wzrost łącznej sumy wszystkich świadczeń na rzecz 73-osobowej grupy przewlekle chorych psychicznie był większy (98,3%) niż wzrost wszystkich kosztów (33,5%).

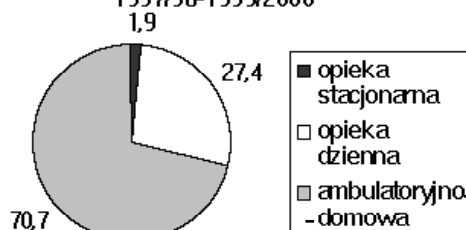


Rys 1. Porównanie wzrostu wszystkich świadczeń i wszystkich kosztów w grupie 73 osób przewlekle chorych psychicznie w ciągu 2 lat przed otwarciem i 2 lat po otwarciu placówek pomocy społecznej

Udział³ (%) różnych form opieki w latach 1995/96-1997/98



Udział (%) różnych form opieki w lata 1997/98-1999/2000



Rys. 2. Udział procentowy czasu trwania różnych form opieki w porównywanym okresie

Po otwarciu placówek oparcia społecznego w strukturze wszystkich świadczeń służby zdrowia i pomocy społecznej łącznie zmniejszył się udział opieki całodobowej z 16,1% do 1,9%, natomiast zwiększył się bardzo znacznie udział opieki dziennej z 6,5% do 27,4%.

Podsumowanie i dyskusja

W ciągu 2 lat po przyjęciu 73 przewlekle chorych psychicznie osób do nowo otwartych placówek pomocy społecznej w dzielnicy Bródno na Targówku zaobserwowano:

- Skrócenie łącznego czasu trwania leczenia szpitalnego całodobowego o 75,9% i dziennego o 78,9%.
- Zwiększenie liczby wizyt ambulatoryjnych o 62,9% ogółem, w tym głównie porad udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego (o 73,7%), a w mniejszym stopniu w przychodni (o 15,0%).
- Znaczącą redukcję łącznych kosztów w systemie służby zdrowia (o 65,7%), wraz z pojawieniem się nowych kosztów w systemie pomocy społecznej.
- Wzrost o 33,9% wszystkich kosztów, w obu systemach (służby zdrowia i pomocy społecznej łącznie), ale równocześnie – przewyższające wzrost kosztów – zwiększenie

zenie się łącznej sumy wszystkich udzielanych świadczeń (o 98,3%).

- Korzystne zmiany w proporcji różnych form udzielanych świadczeń. Procentowy udział opieki stacjonarnej wśród wszystkich świadczeń zmniejszył się z 16,1% do 1,9%, a udział opieki dziennej wzrósł z 6,5% do 27,4%.

Wcześniej na tym samym terenie wykazano [10], iż wdrożenie czynnej opieki środowiskowej (tzw. „hospitalizacja domowa”) wydatnie ogranicza hospitalizacje całodobowe i czas ich trwania oraz obniża koszty leczenia schizofrenii. W następnych latach w miarę zwiększania się liczby pacjentów leczonych poza szpitalem obserwowano, zwłaszcza w grupie osób z psychozami, chorujących przewlekłe i nawrotowo, niezaspokojone potrzeby w zakresie środowiskowych form oparcia i rehabilitacji. Pojawił się problem przedłużających się hospitalizacji pacjentów z trudną sytuacją socjalną, pozbawionych oparcia w rodzinie.

Sytuacja zmieniła się w 1997 r. [11] wraz z otwarciem na tym terenie środowiskowych placówek oparcia społecznego i rehabilitacji w ramach pomocy społecznej (Warsztat Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy, placówka świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze). Prezentowane wyniki obserwacji wskazują, iż wdrożenie działalności placówek pomocy społecznej dla przewlekłe chorych psychicznie ułatwia dalszą dehospitalizację na terenie, na którym dobrze funkcjonuje psychiatryczna opieka środowiskowa w ramach służby zdrowia. Wiąże się to z istotną redukcją kosztów ponoszonych w systemie służby zdrowia, w związku z redukcją leczenia całodobowego i dziennego, mimo wzrostu świadczeń ambulatoryjnych. Równocześnie jednak wszystkie koszty ponoszone łącznie w obu systemach (służby zdrowia i pomocy społecznej) wzrastają. Wyjątek stanowią tu koszty opieki nad osobami po długotrwałej hospitalizacji. W innym opracowaniu [12] wykazano na przykładzie 4 osób, iż dwuletnie koszty ich pobytu w szpitalu przewyższyły koszty ich dwuletniego intensywnego leczenia i rehabilitacji w placówkach środowiskowych. Można się zastanawiać, czy opieka nad przewlekłe chorymi psychicznie w dwu niezależnych finansowo i organizacyjnie systemach (służby zdrowia i pomocy społecznej) sprzyja zachowaniu jej ciągłości i komplementarności, oraz efektywnemu wydatkowaniu nakładów. Ponieważ systemy nie są finansowane kapitałowo, istnieje niebezpieczeństwo „konkurowania” o pacjenta, za którym idą pieniądze. Z drugiej strony wydzielenie w państwie niezależnego budżetu na cele zdrowia psychicznego i połączenie w nim finansowania zarówno placówek służby zdrowia, jak i placówek pomocy społecznej dla psychicznie chorych grozi nadmierną medykacją tych ostatnich.

Dotychczas placówki oparcia społecznego i rehabilitacji dla chorych psychicznie funkcjonują całkowicie niezależnie od służby zdrowia. Ich działalność jest ukierunkowana na społeczną reintegrację i wspieranie funkcjonowania w społeczeństwie osób psychicznie chorych. Osoby te równocześnie w miarę samodzielnie i niezależnie lub przy niewielkiej pomocy i wsparciu korzystają ze świadczeń lecznictwa w ramach służby zdrowia. Sytuacja taka odpowiada wielu pacjentom. Na prezentowanym terenie badano indywidualne systemy wsparcia u przewlekłe chorych psychicznie żyjących w środowisku i korzystających z leczenia ambulatoryjnego oraz z oparcia w placówkach pomocy społecznej [13]. Badania te wykazały, iż terapeuci z placówek pomocy społecznej, a nie z placówek lecznictwa, byli najczęściej wymieniani jako osoby udzielające istotnego oparcia badanym.

Wydaje się, iż środki zaoszczędzone w służbie zdrowia po stworzeniu placówek

Conclusions: Ces centres de secours social diminuent les frais des thérapies stationnaires et journalières mais d'autre part ils augmentent les frais des thérapies d'ambulatoires et dans les centres communaux. Dans le système de service médical on épargne de l'argent mais on dépense plus dans les centres de secours social et en général on dépense plus. Il semble qu'il faut coordonner ces deux systèmes du point de vue des finances pourtant on risque la plus grande «médicalisation» du système de secours social. L'argent économisé dans le système de service médical on peut destiner à la réhabilitation précoce des schizophrènes – dans l'avenir cela diminuera aussi les frais dans le système des centres communaux.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 9 VI 1991 o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dz. U. nr 46 z 1991 r., poz. 201.
2. Ustawa z dnia 19 VIII 1994 o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. nr 111 z 1994 r. poz. 535.
3. Dąbrowski S, Brodniak W, Gierlacki J, Welbel S. *Środowiskowe Domy Samopomocy jako forma oparcia społecznego*. Psychiatr. Pol. 1998; 32, 4: 453–461.
4. Dąbrowski S. *Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego*. Psychiatr. Pol. 1998; 32, 4: 443–451.
5. Meder J, Stołowska A. *Miejsce Warsztatu Terapii Zajęciowej w kompleksowej rehabilitacji psychicznie chorych*. Psychiatr. Pol. 1995; 29, 3: 371–379.
6. Dąbrowski S, Langiewicz W, Pużyński S. *Mental health care and other forms of support for the people with psychic disturbances*. W: Bilikiewicz A, Rybakowski J, red. *Psychiatry in Poland Via Media*; Gdańsk: 2002.
7. Langiewicz W, Słupczyńska-Kossobudzka E. *Organization and financing of mental health care in Poland*. J. Mental Health Policy Econ. 2000; 3: 77–81.
8. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 319–337.
9. Saxena S. *Budget and financing of mental health services – baseline information from WHO project ATLAS*. J. Ment. Health Policy Econom. 2003; 6, suppl. 1: 44.
10. Prot Herczyńska K. *Wpływ różnych form opieki pozaszpitalnej na koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1995; 4: 299–313.
11. Załuska M, Paszko J. *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*. Psychiatr. Pol. 2002; 6: 953–966.
12. Załuska M. *Koszty świadczeń na rzecz przewlekle psychicznie chorych po stronie służby zdrowia i po stronie pomocy społecznej W: Psychiatria Środowiskowa – jakość, satysfakcja, koszty*. Materiały XI Konferencji Szkoleniowo-Naukowej. Tworki 13–14 września 2002. Pruszków 2003.
13. Bronowski P. *Promocja zdrowia psychicznego w środowisku lokalnym na przykładzie gminy Targówek. Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w świetle procesu integracji*. Warszawa, Centrum Procesów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; s. 159–162.

Otrzymano: 10.12.2003

Zrecenzowano: 7.04.2004

Przyjęto do druku: 24.05.2004

Adres: Maria Załuska
IV Klinika Psychiatrii IPiN
w Szpitalu Bielańskim
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska