

## **Czy system oddziałów dziennych może być szansą redukcji kosztów leczenia psychiatrycznego?**

### **Could the day hospital wards be a possibility of reducing treatment costs in psychiatry**

Patryk Piotrowski, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

**Summary.** The aim of the article is a presentation of the possible manner in which cost reduction of psychiatric treatment could be achieved by introducing a day hospital system. Basing on literature, a similar improvement in clinical and social outcome between both partial and full hospitalization was shown. The comparison of costs in the studied models of treatment demonstrated a probable level of savings assessed at 20-30% for the day treatment. The presented data obtained from the epidemiologic registry of Lower Silesian district showed a significant increase of hospital admissions of mostly non-psychotic patients – the most cost-saving group of mental dysfunctions while treated in a day hospital. As the cited articles concerned, studies conducted in other countries where the economic environment differs from the Polish one - there is a need of cost comparison between day hospital and inpatient treatment in the country.

*Słowa klucze:* oddział dzienny, zaburzenia psychotyczne, koszty terapii

*Key words:* day hospital, psychosis, treatment costs

#### **Wstęp**

Wprowadzone w Polsce z początkiem 1999 roku reformy spowodowały zmiany w zakresie dotyczących ochrony zdrowia zadań i kompetencji organów samorządowych. Samorządy województw zostały zobowiązane do zabezpieczenia kosztownych, specjalistycznych i wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, których dostępność sprostać powinna lokalnym, epidemiologicznie uzasadnionym, potrzebom.

Jednostki ochrony zdrowia w skali całego kraju znalazły się w niezmiernie trudnej sytuacji finansowej. Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku, według raportu Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego ze stycznia 2004 roku [1], wyniosło ponad 1 mld zł, co według szacunków stanowić mogło nawet do 16% całego zadłużenia w ochronie zdrowia. Deficyt powstał w ciągu poprzednich kilku lat i nadal narasta, choć zauważalny jest niewielkiego stopnia spadek dynamiki tego procesu. Sytuacja powyższa stwarza realne zagrożenie

dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, przede wszystkim w odniesieniu do, wymagającego znacznych nakładów, leczenia stacjonarnego. Przytoczone dane obrazują ogólny zakres problemu w opiece zdrowotnej, niemniej jednak psychiatria, ze względu na przewlekłość chorób psychicznych, długie hospitalizacje oraz nieustannie wzrastającą w populacji liczbę nowych zachorowań, w znacznym stopniu przyczynia się do generowania wspomnianych kosztów. Dane epidemiologiczne, sporządzone na podstawie przypadków rejestrowanych, wykazały, że w latach 1999–2001 liczba osób leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w województwie dolnośląskim wzrosła z 18 906 do 30 606. Wśród tej grupy pacjentów w 2001 roku niemal połowę stanowili chorzy z rozpoznaniem zaburzeń niepsychotycznych – epizodów afektywnych (F30 i F39 według klasyfikacji ICD-10) i zaburzeń nerwicowych (F40-F59), odpowiednio 4385 i 9748 przypadków. Eskalację problemu akcentuje ponadto znaczny wzrost w regionie liczby leczonych psychiatrycznie ogółem, z 63 109 w 1999 roku do 85 122 w 2001 roku [2]. Dokładne opracowania statystyczne umożliwiają poszukiwanie obszarów możliwych oszczędności. W krajach wysoko rozwiniętych analizie podlegają koszty ponoszone we wszystkich dziedzinach medycyny, w tym także w psychiatrii. Projektowanie realnych ekonomicznie pakietów usług świadczonych przez jednostki ochrony zdrowia wymaga z jednej strony rzetelnej oceny zapotrzebowania na określone produkty, których szczególny rodzaj stanowią usługi medyczne, z drugiej zaś określenia dostępnych zasobów, niezbędnych do ich przygotowania. Jako że instytucje ochrony zdrowia z reguły nie mają znacznych możliwości kształtowania popytu, a pozyskiwanie lub poszerzanie zakresu zasobów zależne jest najczęściej od ogólnej kondycji finansowej resortu, niezbędne wydaje się poszukiwanie alternatywnych możliwości samego już procesu świadczenia usług, innymi słowy – dostarczania produktu. Zadanie takie, jak dowiedziono w wielu dotychczas przeprowadzonych na świecie badaniach, z powodzeniem spełniać może system oddziałów dziennych, które stanowią nie tylko korzystniejszą ekonomicznie, w porównaniu ze stacjonarnymi, lecz także co najmniej równie skuteczną formę sprawowania opieki psychiatrycznej w społeczeństwie. Kliniczną efektywność tego modelu, w odniesieniu do lokalnych warunków ośrodka wrocławskiego, potwierdzono już wynikami uzyskanymi w międzynarodowym badaniu EDEN (European Day Hospital Evaluation) [13].

### **Wymiar kliniczny**

Zgodnie z wynikami uzyskanymi przez Creeda i wsp. [4, 5, 6] w szeregu badań, oszacowano, iż około 40% pacjentów przyjmowanych na oddziały stacjonarne może być kierowanych do leczenia na oddziałach dziennych. Tak znaczna liczba potencjalnych pacjentów mogących skorzystać z tej, jak dotąd niestandardowej, formy leczenia skłania ku dokładniejszej ocenie jej faktycznych możliwości. Porównując oba szlaki terapeutyczne, uwagę skupić należy na dwóch zasadniczych wymiarach – różnicy w efektywności i korzyści z leczenia oraz w kosztach związanych z rozpatrywanymi formami opieki.

Większość przeprowadzonych w ostatnich latach badań wykazała porównywalny poziom poprawy zarówno pod względem objawów psychopatologicznych, jak i funk-

cjonowania społecznego [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Pomimo pewnych ograniczeń dotyczących ich metodyki oraz wielkości rejonu – *catchment area* – rzetelnie dokumentują one uzyskane dane. W piśmiennictwie istnieją jednak doniesienia o niewielkiego stopnia odstępstwach od przytoczonych ogólnych wyników. W pojedynczym badaniu Nienhuis i wsp. [9] uzyskali wyniki wskazujące na słabsze funkcjonowanie społeczne pacjentów oddziałów dziennych, natomiast Stefansson i wsp. [10] wykazali, że korzystający z opieki dziennej osiągnęli wyższy wskaźnik dostosowania społecznego. Stwierdzono także, że pacjenci tych oddziałów nieco wolniej wracają do zadowalającego poziomu funkcjonowania społecznego [5, 7]. Dwa projekty wykazały, iż obciążenie członków rodziny, określane po roku w retrospektywnym badaniu, jest znacząco mniejsze, gdy chory leczony jest alternatywną metodą [4, 7]. Jednak inne badania przeprowadzone przez tych autorów nie przedstawiły tej zależności [5, 6]. Kilka badań poddających pod ocenę satysfakcję pacjentów wykazało wyższość niepełnoczasowej hospitalizacji nad standardowym postępowaniem [11, 12, 13]. Stwierdzono także, co wydaje się mieć ważne implikacje zarówno terapeutyczne jak i ekonomiczne, że wskaźniki rehospitalizacji były podobne w obu formach leczenia [5, 8, 11, 12]. Nowy trend w ewaluacji skuteczności porównywanych modeli leczenia stanowią wieloośrodkowe, randomizowane, kontrolowane badania, których przykład stanowić może projekt EDEN (European Day Hospital Evaluation). Oceniano w nim efektywność leczenia u 1117 pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi, losowo przydzielonych do oddziałów dziennych lub stacjonarnych, jednocześnie w pięciu ośrodkach europejskich, osiągając wyniki porównywalne do uzyskanych poprzednio, w odniesieniu do redukcji objawów psychotycznych, oraz przedstawiając kilka nowych zależności. Po raz pierwszy wykazano równą skuteczność obu modeli leczenia w subiektywnej ocenie jakości życia i zapotrzebowania na opiekę oraz bardziej pozytywny wpływ formy terapii dziennej na podtrzymanie funkcjonowania społecznego. Wyniki otrzymane w ośrodku wrocławskim statystycznie nie odbiegały od próby ogólnej, niemniej jednak stwierdzono pewne różnice w efektywności w początkowym okresie leczenia, związane przede wszystkim ze spektrum oraz z nasileniem zaburzeń stwierdzanych w początkowym etapie badania [3].

Różnice dotyczące obu opcji terapeutycznych, w pierwszym z rozpatrywanych wymiarów, nie są znaczące. Porównywalna poprawa w zakresie objawów psychopatologicznych oraz możliwości powrotu do pełnienia funkcji społecznych, korzystna ocena satysfakcji z leczenia, jak również mniejsze obciążenie krewnych pacjentów wykazują, że oddziały dzienne mogą, pod względem klinicznym, stanowić alternatywę w leczeniu chorych dotychczas kierowanych na oddziały stacjonarne.

### **Wymiar ekonomiczny**

Zadania dotyczące sprawowania opieki zdrowotnej w nowoczesnym, zgodnym ze światowymi trendami, ujęciu nie mogą opierać się jedynie na przygotowaniu, merytorycznie i klinicznie uzasadnionych, standardów leczenia określonych zaburzeń czy schorzeń. Zważywszy na nieustannie pogarszającą się sytuację finansową placówek medycznych oraz drastyczne uszczuplanie środków przeznaczanych na ich funkcyjono-

wanie, koniecznością staje się zwrócenie uwagi na relacje między osiąganymi efektami leczenia a kosztami związanymi z ich uzyskaniem. Prawidłowo metodycznie przeprowadzone w tym zakresie badania dają szansę poprawy warunków, z jednej strony uwzględniając mikroekonomię placówek oceniających własną kondycję finansową, z drugiej zaś – wręcz nakreślając kierunek koniecznych zmian ogólnosystemowych.

Trudności finansowe w resorcie zdrowia nie są jedynie domeną krajów rozwijających się. Trend obniżania liczby hospitalizacji, jako najdroższej formy leczenia, rozpoczęto już w latach 60. poprzez próby wdrażania dotychczas stacjonarnie leczonych chorych psychicznie do życia w społecznościach. Obecnie proces ten wchodzi w kolejną fazę, polegającą na kierowaniu osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi do odpowiednio przygotowanych instytucji pozaszpitalnych, dysponujących specyficznymi programami pomocy [14]. System oddziałów dziennych funkcjonuje w psychiatrycznej opiece zdrowotnej od ponad 60 lat, stanowiąc formę pośrednią pomiędzy oddziałami stacjonarnymi a opieką środowiskową. W Polsce znaczenie i funkcje tego modelu wydają się niedoceniane, chociaż prowadzone na świecie obserwacje wykazują, iż przy nie mniejszej niż na oddziałach całodobowych efektywności opieki umożliwia on obniżenie kosztów terapii przeciętnie o 20–30% [7, 15, 16].

Długotrwała, związana z ustrojem politycznym, separacja polskiej służby zdrowia od zasad rynkowych znacznie opóźniła rozpoczęcie adekwatnych działań, mających na celu zabezpieczenie niezbędnych środków finansowych. W dziedzinie psychiatrii nie prowadzono dotychczas w naszym kraju badań naukowych, które miałyby na celu porównanie kosztów związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych w omawianych formach – dziennej i całodobowej, a uzasadnione i realne decyzje budżetowe mogą być podejmowane jedynie na podstawie dokładnych, systematycznych danych. Merytoryczne uzasadnienie omawianego zagadnienia, pomimo pewnych różnic w zewnętrznym otoczeniu ekonomicznym, stanowiąc muszą badania prowadzone w innych krajach.

Creed i wsp. [7] przeprowadzili randomizowane, kontrolowane badanie mające na celu porównanie bezpośrednich i pośrednich kosztów terapii ostrych zaburzeń psychicznych na oddziale dziennym oraz stacjonarnym oddziale szpitalnym. Do projektu włączono 179 pacjentów, których stan chorobowy pozwalał na randomizowane przyporządkowanie do jednej z alternatyw terapeutycznych. Obserwację prowadzono przez 12 miesięcy, uwzględniając, poza oceną kosztów, także redukcję objawów zaburzeń psychicznych, poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego oraz obciążenie rodziny. W celu ustalenia diagnozy psychiatrycznej badacze stosowali skalę The Present State Examination, natomiast w określaniu nasilenia objawów psychotycznych oraz funkcjonowania społecznego odpowiednio skalę The Comprehensive Psychopathological Rating Scale oraz The Social Behaviour Assessment Scale. Uzyskane wyniki wykazały, iż w rocznym, począwszy od przyjęcia, przedziale czasowym poprawa w zakresie obrazu klinicznego oraz sprawowania funkcji społecznych była podobna w obu ewaluowanych szlakach terapeutycznych. Stwierdzono jednak, że stan psychiczny chorych hospitalizowanych w pełnym wymiarze czasowym uległ szybszej poprawie, natomiast ocena obciążenia krewnych, przeprowadzona po 12 miesiącach, okazała się korzystniejsza dla rodzin pacjentów oddziału dziennego. Mediana kosztów bezpośrednich terapii jednego pacjenta poniesionych przez oddział dzienny wyniosła

o 1923 £, tj. około 2780 € (95% przedział ufności 750–3174 £) mniej w porównaniu z kosztami leczenia w trybie stacjonarnym. Pomimo faktu, że koszty pośrednie okazały się relatywnie wyższe na oddziale dziennym, całkowita suma kosztów terapii pacjentów na tym oddziale, wyrażona w jednostkach monetarnych, okazała się znacząco niższa i wyniosła o 2165 £, tj. około 3131 € (737–3,593 £;  $p = 0,001$ ) mniej w przeliczeniu na jednego chorego. Spadek dochodów pacjenta spowodowany, wywołaną przez chorobę, absencją w pracy lub jej utratą, był w obu grupach porównywalny. Zgodnie z oczekiwaniami wyższe koszty transportu ponieśli pacjenci oddziału dziennego ( $p < 0,05$ ), natomiast koszty podróży okazały się znacząco wyższe dla opiekunów chorych hospitalizowanych całodobowo. Autorzy oceniając wszystkie, zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie, koszty (w odniesieniu do pacjentów oraz opiekunów) oszacowali, że mediana kosztów leczenia w systemie dziennym była niższa o 1994 £, tj. około 2883 € (95% przedział ufności 600–3543 £) w przeliczeniu na jednego chorego [7]. Należy mieć na względzie, iż koszty wyrażone w funtach szterlingach odpowiadają cenom usług w Wielkiej Brytanii w latach 1994–1995, stąd przeliczenie na walutę europejską jest jedynie szacunkowe, niemniej jednak wyraźnie przedstawia skalę potencjalnych oszczędności.

Kolejną dogłębną analizę porównawczą obu ocenianych wymiarów, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień ekonomicznych opieki psychiatrycznej, wykonano w USA. Sledge i wsp. [15] przeprowadzili dwuczęściowe badanie oceniające z jednej strony skuteczność oraz korzyści płynące dla pacjentów i ich najbliższych, z drugiej zaś koszty terapii na oddziale dziennym w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem stacjonarnym. Do randomizowanego badania włączono 197 pacjentów, z których 104 skierowano na oddział szpitalny, a 93 skorzystało z leczenia alternatywną metodą. Obserwację prowadzono przez 10 miesięcy po opuszczeniu oddziału. Oceniano skuteczność obu form leczenia w redukcji objawów chorobowych, zaburzeń funkcjonowania, a także zakres dostosowania społecznego oraz jakość życia pacjentów. Diagnozę ustalano na podstawie skali The Structured Clinical Interview for DSM-III-R, nasilenie objawów psychotycznych mierzono za pomocą The Brief Psychiatric Rating Scale oraz The SCL-90-R, natomiast funkcjonowanie – za pomocą The Social Adjustment Scale-Self-Report Version. Wyniki uzyskane w badaniach pacjentów leczonych dwoma ewaluowanymi opcjami terapeutycznymi nie różniły się statystycznie, wskazując na ich porównywalną skuteczność. Wykazano ponadto nieznacznie lepsze efekty w zakresie ustępowania objawów psychotycznych oraz poprawy ogólnego i społecznego funkcjonowania pacjentów oddziału dziennego. Koszty poniesione przez cały okres trwania projektu, w przeliczeniu na jednego pacjenta, okazały się znacząco niższe dla chorych leczonych w niepełnym wymiarze godzin. Wysokość oszczędności oszacowano na 7100 \$, tj. około 5742 € (zgodnie z cenami obowiązującymi w USA w latach 1992–1993), co stanowi około 20% całej sumy przeznaczanej (koszty bezpośrednie) na terapię pacjenta hospitalizowanego stacjonarnie. Różnica ta okazała się statystycznie znacząca, kiedy porównano całkowite koszty jednostki przeprowadzającej badanie. W celu dokładniejszego określenia źródła oszczędności poszczególne składowe kosztorysu podzielono zgodnie z trzema kolejnymi etapami projektu – *index admission*, *follow-up* po 2, 5 i 10 miesiącach oraz z terapią długoter-

minową związaną z przekazaniem pacjenta pod opiekę świadczoną w innym zakresie, w tym w trybie ambulatoryjnym. Zauważono, że różnica w kosztach generowana jest przez początkowy etap, w którym wydatki, w przeliczeniu na pacjenta, oszacowano na 9428 \$, tj. około 7625 € dla oddziału dziennego i 16 468 \$, około 13 319 €, dla oddziału stacjonarnego, udowadniając tym samym, iż etap *index admission* jest o 43% tańszy w szlaku alternatywnym ( $p < 0,001$ ). Dokładniejsze analizy wykazały, że zasadnicza część wspomnianej różnicy związana była z kosztami operacyjnymi, obejmującymi wynagrodzenia i nagrody dla pracowników administracyjnych oraz obsługi szpitala. Autorzy ustalili ponadto poziom oszczędności osiągnięty w zależności od spektrum zaburzeń psychicznych prezentowanych przez chorych. W tym celu uczestników badania, zgodnie z podstawowym rozpoznaniem, przyporządkowano do jednej z trzech grup. Wśród pacjentów psychotycznych wydatki poniesione w ramach opieki dziennej stanowiły 88% kosztów opieki całodobowej, wynosząc odpowiednio 25 713 \$ (20 797 €) i 29 342 \$ (23 732 €). Koszty terapii cierpiących z powodu zaburzeń afektywnych, leczonych na oddziale dziennym wyniosły 63% sumy niezbędnej do ich leczenia w trybie stacjonarnym; odpowiednio 17 942 \$ (14 511 €) i 28 508 \$ (23 057 €), natomiast leczenie uczestników badania obarczonych podwójnym rozpoznaniem – psychozy oraz uzależnienia – określono, w przypadku opieki niecałodobowej, na 64% kwoty oszacowanej dla pacjentów oddziału stacjonarnego; odpowiednio 17 652 \$ (14 277 €) i 27 756 \$ (22 449 €) [15].

### Omówienie

Zgodnie z wynikami wielu przeprowadzonych, zarówno w Europie, jak i w USA, badań skuteczności klinicznej obu rozpatrywanych modeli leczenia zaburzeń psychotycznych, stwierdzono porównywalną efektywność we wszystkich ocenianych płaszczyznach. Sporadyczne odstępstwa od ogólnych wyników spowodowane były trudnymi do korekcji ograniczeniami metodycznymi oraz lokalnymi warunkami demograficznymi i epidemiologicznymi. W badaniu EDEN na przykładzie Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu w początkowym okresie leczenia wykazano niewielkie odstępstwa od trendów uchwyconych w pozostałych czterech ośrodkach. Najprawdopodobniej były one wynikiem tego, iż w ośrodku wrocławskim, w przeciwieństwie do pozostałych, znaczną część pacjentów oddziału dziennego stanowili chorzy z rozpoznaniem schizofrenii, natomiast cierpiący z powodu zaburzeń afektywnych byli grupą liczniejszą spośród pacjentów leczonych całodobowo [3]. Biorąc pod uwagę, wspomniany na wstępie, niemal pięćdziesięcioprocentowy wzrost odsetka osób z zaburzeniami niepsychotycznymi na Dolnym Śląsku w latach 1999–2001 [2] oraz opierając się na wynikach przytoczonego powyżej badania amerykańskiego, wykazującego najwyższy wskaźnik oszczędności w tej grupie zaburzeń [15], można spodziewać się znaczących oszczędności w opiece psychiatrycznej także w Polsce. Terapia w systemie dziennym mogłaby stanowić korzystną alternatywę dla leczenia stacjonarnego nie tylko w wymiarze klinicznym – mogłaby również przyczynić się do znacznego ograniczenia wydatków, których znaczny procent, jak wykazał Sledge i wsp. [15], przeznaczany jest na administrację szpitalną. Niezaprzeczalnie, osiągnięcie

poziomu oszczędności przytaczanego przez autorów, szacowanego na 20–30%, będzie trudne bez gruntownej przebudowy systemu opieki psychiatrycznej w Polsce, redukcja kosztów terapii nie może odbywać się bowiem poprzez obniżanie poziomu świadczonych usług ani ograniczanie ich dostępności. Oprócz zapewnienia wykwalifikowanej pomocy na oddziałach dziennych, niezbędne staje się odpowiednie przygotowanie zabezpieczenia socjalnego oraz fachowej opieki pozaszpitalnej. Do podjęcia prób reformy systemu konieczne są jednak rzetelne badania z zakresu ekonomii, przeprowadzane w lokalnych, często odmiennych i niepowtarzalnych warunkach. Badania takie powinny być zaprojektowane zgodnie z ogólnoświatowymi wytycznymi i odnosić się do doświadczeń badaczy z krajów, w których znacznie wcześniej skupiono uwagę na mechanizmach związanych z finansowaniem z reguły deficytowego resortu, jaki stanowi służba zdrowia.

### **Могут ли дневные отделения быть альтернативой для стационарных в редукции стоимости лечения больных с психическими нарушениями?**

#### **Содержание**

**Задание.** Целью работы было представление возможности снижения расходов лечения больных с психическими нарушениями путем организации системы дневных отделений. Представлены результаты исследований, документирующие сравнительную степень улучшения клинического состояния больных в радиусе психотических расстройств, общественного функционирования, а также удовлетворения примененного лечения в дневных отделениях и в конвенциональной круглосуточной опеке. На основании доступных результатов исследований о расходах, связанных с обеими формами лечения, показаны потенциальные возможности снижения денежных затрат о более менее на 20–30%, используя при этом терапию альтернативной модели. Основываясь на данных, полученных из района Нижней Силезии, отмечен значительный рост количества госпитализированных больных с, прежде всего, непсихотическими нарушениями, спектром психических дисфункций, которые то при терапии в дневных отделениях обуславливают получение наиболее высокого уровня уменьшения денежных расходов. Поскольку приведенные данные получены в проектах, проведенных в иных государствах, где единицы службы здравоохранения функционируют в ином экономическом ракурсе, появляется необходимость проведения подобных изменений в польских условиях.

### **Kann das System der Tagesabteilungen eine Chance für die Reduktion der Kosten der psychiatrischen Behandlung sein?**

#### **Zusammenfassung**

Die Studie hatte am Ziel die Möglichkeiten der Kostensenkung bei der Behandlung der psychischen Störungen durch Einleitung des Systems der Tagesabteilungen vorzustellen. Man schilderte die Ergebnisse der Studien, die den vergleichbaren Grad der Verbesserung des klinischen Bildes im Bereich der psychotischen Störungen, der sozialen Funktionsweise und der Zufriedenheit mit der Behandlung in den Tagesabteilungen und der konventionellen ganztägigen Betreuung dokumentieren. Nach den zugänglichen Ergebnissen der Studien an den Kosten, die mit beiden Behandlungsformen verbunden sind, zeigte man potentielle Möglichkeiten der Senkung der Ausgaben um ca. 20 - 30% bei der Therapie im alternativen Modell. Man stützte sich auf die Angaben aus den epidemiologischen Registern aus dem Gebiet Niederschlesien und zeigte eine bedeutende Steigerung der Hospitalisierungszahl der Kranken, bei denen vor

allem nichtpsychotische Störungen, Spektrum der psychischen Disfunktionen diagnostiziert wurde, deren Therapie im Modell der Tagesbetreuung das Erreichen eines höchsten Levels der Wirtschaftlichkeit ermöglicht.

Weil die angeführten Angaben in den Studien erzielt wurden, die in anderen Ländern durchgeführt wurden, wo die Gesundheitspflege in anderer ökonomischer Realität funktioniert, besteht die Notwendigkeit solche Evaluationen nach der polnischen Realität durchzuführen.

### **Est-ce que le système de l'hospitalisation du jour peut constituer une chance de réduction des frais du traitement psychiatrique?**

#### **Résumé**

Ce travail vise à présenter une des possibilités de la réduction des frais des thérapies psychiatriques – organisation du système de l'hospitalisation du jour. Les auteurs décrivent les résultats des recherches comparant l'amélioration de l'image clinique des troubles psychotiques, du fonctionnement social ainsi que le niveau du contentement de la thérapie dans le système de l'hospitalisation du jour et dans le système de l'hospitalisation normale. Cette analyse des frais démontre que le système de l'hospitalisation du jour est moins cher (20-30%). En basant sur les données épidémiologiques de la région de la Basse Silésie on atteste le grand accroît du nombre d'hospitalisation avec le diagnostic «troubles non-psychotiques» ou «troubles psychiques» qui peuvent être traités avec succès dans le système de l'hospitalisation du jour et qui apportent la réduction considérable des frais. Les recherches décrites concernent les autres pays que la Pologne donc il faut faire l'évaluation semblable en Pologne.

#### **Piśmiennictwo**

1. „Raport o stanie działań w zakresie ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku” Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, styczeń 2004 roku, dostępny pod adresem URL: <http://www.umwd.pl/index.php?strona=zdrowie>.
2. Dolnośląski plan zdrowotny cz. I, str. 92, dostępny pod adresem URL: <http://www.umwd.pl/index.php?strona=zdrowie>.
3. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J i in. *Effectiveness of acute day care on clinical outcome domains: results from a European multi-center randomised controlled trial*. Submitted to European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2005.
4. Creed FH, Anthony P, Godbert K, Huxley P. *Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 341–347.
5. Creed FH, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. *Randomised controlled trial of day patient versus psychiatric treatment*. BMJ 1990; 300: 1033–1037.
6. Creed FH, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Franks D i in. *Randomised controlled trial of day and in-patient psychiatric treatment: II comparison of two day hospitals*. Brit. J. Psychiatry 1991; 158: 183–189.
7. Creed FH, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. *Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomized controlled trial*. Brit. J. Psychiatry 1997; 314: 1381–1385.
8. Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, Davidson L, Lyons L, Druss B. *Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 1065–1073.
9. Nienhuis FJ, Giel R, Kluiters H, Rüphan M, Wiersma D. *Efficacy of psychiatric day treatment: course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1994; 244: 73–80.



10. Stefansson SB, Petursson H. *Psychiatric day hospital versus inpatient treatment*. Nord. Psykiatr. Tidsskr. 1989; 43: 387–393.
11. Dick P, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. *Day and full-time psychiatric treatment: a controlled comparison*. Brit. J. Psychiatry 1985; 147: 246–250.
12. Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BPR. *The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 427–436.
13. Gruyters T, Priebe S. *Evaluation of psychiatric treatment by patients – results and problems of systematic research*. Psychiatr. Praxis 1994; 21(3): 88–95.
14. Mechanic D, Schlesinger M, McAlpine D. *Management of mental health and substance abuse services: state of the art and early results*. Milbank Q 1995; 73: 19–55.
15. Sledge WH, Tebes J, Wolff N, Helminiak TW. *Day hospital – crisis respite care versus inpatient care, part II: service utilization and costs*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 1074–1083.
16. Kallert TW, Schützwahl M, Glöckner M, Matthes C, Schnippa S, Schönherr R. *Vergleich tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung*. 11. Direkte und indirekte Kosten nach Klinikentlassung. Nervenarzt 2004; 75(2): 355.

*Praca zamówiona przez redakcję*

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii AM  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10