

## **Analiza świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2009–2018**

### **Analysis of psychiatric services for patients diagnosed with schizophrenia, reported to the National Health Fund in the years 2009–2018**

Marta Anczewska<sup>1</sup>, Marek Balicki<sup>2</sup>, Amelia Drożdżikowska<sup>3</sup>,  
Piotr Gorczyca<sup>4</sup>, Jolanta Janus<sup>3</sup>, Sylwia Paciorek<sup>3</sup>, Robert Plisko<sup>5</sup>,  
Mariusz Zięba<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

<sup>2</sup> Biuro ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Warszawa

<sup>3</sup> Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Warszawa

<sup>4</sup> Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

<sup>5</sup> HTA Consulting, Kraków

#### **Summary**

**Aim.** Analysis of psychiatric services for patients diagnosed with schizophrenia, reported to the National Health Fund in the years 2009–2018.

**Method.** Schizophrenia is analyzed as one of the diseases with the highest rate of Disability-Adjusted Life Years – DALY. In the study, the unitary data of the National Health Fund (NFZ) was used, reported in the years 2009–2018. Patients were identified by the Personal Identity Number (PESEL). The services for adults were analyzed, i.e., people who were at least 18 years old in the year when the services were discontinued, for whom the main disease was schizophrenia classified by ICD-10 codes: F20 to F20.9. Provided services were analyzed according to those specified in the ordinance of the President of the National Health Fund of June 28, 2019 – organizational units and billing product codes.

**Results.** Between 2009 and 2018, the number of patients diagnosed with schizophrenia treated in the public sector increased by 5%. In the analyzed years, the number of in-patients decreased by 9%, while the number of people using out-patient services and community treatment increased by 6%. In forensic psychiatry departments, a very high increase (by 212%) in the number of hospitalized patients was observed. In 2018, the average number of hospitalization days in a general psychiatric ward was 43, in the forensic ward 279. A very low percentage

of patients (less than 3%) used day therapy. In out-patient treatment, the mainstay of therapy was a medical consultation; less than 10% of patients used other types of services. In 2018, an average of four visits/consultations per patient was reported. There has been a very high decrease in the number of patients (by 77%) using group therapy, family therapy and support.

**Conclusions.** In 2009–2018, most patients diagnosed with schizophrenia in the public sector were treated using the traditional model of care: medical consultation and psychiatric hospitalization. It is advisable to reorganize the system – implementation and development of comprehensive care coordinated within the community care model. Extending the study with information from the non-public sector would give a full picture of system functioning and facilitate service needs estimation for this group of patients.

**Słowa klucze:** świadczenia psychiatryczne, schizofrenia, mapy potrzeb zdrowotnych

**Key words:** psychiatric services, schizophrenia, maps of health needs

## Wstęp

Schizofrenia jest przewlekłym, wielowymiarowym zaburzeniem psychicznym, które pomimo wieloletnich badań nadal nie zostało w pełni poznane. Niektórzy autorzy przyjmują, że schizofrenię należy rozpatrywać w aspekcie kontinuum zaburzeń neurorozwojowych, w których objawy negatywne i deficyty poznawcze stanowią zasadniczy element psychozy [1, 2], inni [3] zwracają uwagę na to, że jak dotąd potwierdzone naukowo i zweryfikowane w praktyce klinicznej hipotezy nie tłumaczą wszystkich przyczyn wystąpienia schizofrenii lub wyjaśniają wyłącznie mechanizmy obserwowanych objawów.

Częstość występowania schizofrenii jest stosunkowo niska – zbliża się do 1%, przy zapadalności wynoszącej około 15,2 na 100 tysięcy osób. Mediana ryzyka zachorowania przez całe życie wynosi 7,2/1000 osób [4]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia [5] schizofrenia dotyka ponad 20 milionów ludzi na całym świecie. Z międzynarodowych badań epidemiologicznych [6] wynika, że na przestrzeni ostatnich trzech dekad liczba osób chorujących na schizofrenię znacząco wzrosła, z 13,1 miliona w 1990 do 20,9 miliona w 2016 roku. Autorzy opracowania szacują, że liczba chorujących będzie nadal rosła wraz ze zwiększającą się populacją oraz starzeniem się społeczeństwa.

Literatura przedmiotu wskazuje na dotkliwe brzemienie choroby w wymiarze osobowym i społecznym. Schizofrenia jest uznawana za jedno z najbardziej inwalidyzujących zaburzeń psychicznych [7–9]. Z aktualnych badań [6] wynika, że w 2016 roku schizofrenia generowała 13,4 milionów lat przeżytych w niepełnosprawności – YLD (*Years Lived with Disability*), co odpowiada 1,7% wszystkich lat przeżytych w niepełnosprawności na świecie.

U osób chorych na schizofrenię wskaźnik umieralności jest 2–3-krotnie wyższy niż w populacji ogólnej [4], a w ciągu ostatnich dziesięcioleci różnica ta się zwiększyła [10]. Stwierdzono, że osoby chorujące na schizofrenię żyją średnio o 15 lat krócej [11, 12], główną zaś przyczyną zwiększonej śmiertelności są choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory [13, 14] oraz samobójstwa [15]. Autorzy wskazują również na inne czynniki ryzyka: niepożądane skutki działania leków przeciwpsychotycznych

[16, 17] i małą aktywność fizyczną [18]. W Polsce w 1990 roku wskaźnik utraconych lat życia w zdrowiu – DALY (*Disability Adjusted Life Years*) dla schizofrenii wynosił 8447,6 tys., a w 2016 roku wzrósł do 13414,3 tys., co stanowi około 59% [19].

Stygmatyzacja chorujących, a także ich opiekunów, stanowi źródło przewlekłego stresu tych osób, przyczynia się do ich izolacji, poczucia samotności i wpływa negatywnie na jakość życia [20–22]. Dokonany przez Schomerusa i wsp. [23] systematyczny przegląd badań przeprowadzonych w różnych krajach na reprezentatywnych próbach populacji ogólnej wykazał, że chociaż na przestrzeni ostatnich kilku dekad wyraźnie uwidoczniła się skłonność do postrzegania zaburzeń psychicznych w kategoriach biomedycznych oraz akceptacja profesjonalnych metod ich leczenia, to jednocześnie zwiększył się problem negatywnych postaw wobec osób chorujących na schizofrenię. Negatywne postawy społeczne stają się dla osób stygmatyzowanych „drugą chorobą” – marginalizacja przejawia się m.in. w blokowaniu dostępu do pewnych form społecznego uczestnictwa, takich jak edukacja, praca i działalność publiczna.

W wymiarze ekonomicznym schizofrenia generuje wysokie koszty dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, a dla gospodarki powoduje utracone korzyści z powodu absencji chorobowej [24–26].

Millier i wsp. [27] przeprowadzili analizę wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (1208 osób) co pół roku w ciągu dwóch lat we Francji, w Niemczech i Wielkiej Brytanii. Autorzy wzięli pod uwagę różne świadczenia – m.in. konsultację u psychiatry, wizytę u psychologa, wizytę w oddziale dziennym, liczbę dni hospitalizacji. Wyniki badania wskazują, że pacjenci najczęściej korzystali z wizyt u psychiatry. W ciągu sześciu miesięcy zdecydowana większość pacjentów (72–82%), w zależności od rodzaju i nasilenia psychopatologii, od czterech do sześciu razy konsultowała się z psychiatrą. Porady psychologów były najrzadziej wykorzystywanym typem zasobów – skorzystało z nich niewielu pacjentów (0–15%), co oznaczało średnio mniej niż jedną wizytę na pacjenta, przy czym osobom korzystającym z tych świadczeń udzielono od trzech do piętnastu porad na pacjenta. Z analizy wynika, że liczba wizyt w oddziale dziennym była bardzo zróżnicowana (między 8 a 92). Od 11% do 35% pacjentów wymagało hospitalizacji, a liczba dni hospitalizacji wahała się między 39 a 57.

Można przyjąć, że schizofrenia, mimo relatywnie niskiego rozpowszechnienia w populacji, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. Problemy i bariery w jej leczeniu obejmują różne obszary: system organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, legislację i politykę, a także świadomość społeczną i aksjologię. W tym kontekście kwantyfikacja psychiatrycznych usług zdrowotnych świadczonych na rzecz osób chorujących oraz ich analiza w perspektywie kilkuletniej może pomóc wskazać te elementy opieki psychiatrycznej, które wymagają dalszej reorganizacji.

## Material

Punktem wyjścia prezentowanej pracy jest opublikowana w 2019 roku przez Ministerstwo Zdrowia aplikacja internetowa analizująca problem schizofrenii w Polsce

jako jednej z chorób o najwyższym wskaźniku utraconych lat życia w zdrowiu (*Disability Adjusted Life Years – DALY*) [19]. W opracowaniu wykorzystano bazę danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w której pacjent jest identyfikowany z użyciem kodu jednostkowego w Powszechnym Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności (PESEL). Baza zawiera podstawowe wskaźniki demograficzne: płeć, wiek i miejsce zamieszkania, a także informacje o udzielonych świadczeniach i ich finansowaniu na terenie całej Polski.

### Metoda

Przeprowadzona analiza opiera się na świadczeniach psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym, tj. osobom, które w roku zakończenia udzielania świadczenia miały co najmniej 18 lat, dla których główną chorobą była schizofrenia identyfikowana poprzez kody według ICD-10: F20.0 (schizofrenia paranoidalna), F20.1 (schizofrenia hebefreniczna), F20.2 (schizofrenia katatoniczna), F20.3 (schizofrenia niezróżnicowana), F20.4 (depresja poschizofreniczna), F20.5 (schizofrenia rezydualna), F20.6 (schizofrenia prosta), F20.8 (schizofrenia innego rodzaju), F20.9 (schizofrenia, nieokreślona). Uwzględniono również rozpoznanie F20, gdy nie zanotowano dodatkowego kodu choroby. Pacjentów podzielono na trzy główne grupy wiekowe: młodzi dorośli (18–39 lat), dorośli w średnim wieku (40–59 lat) oraz seniorzy (60+).

Sprawozdane świadczenia przeanalizowano według warunków udzielania świadczeń oraz kodów produktów rozliczeniowych, określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28.06.2019 r. Ilustracją przyjętych parametrów jest tabela 1.

Tabela 1. Warunki udzielania świadczeń i kody produktów rozliczeniowych

Warunki udzielania świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego
1. Leczenie stacjonarne psychiatryczne	
Leczenie szpitalne ogólne (podstawowe)	5.15.12.0000034; 5.15.12.0000035; 5.15.12.0000036; 5.15.12.0000151; 5.15.12.0000164; 5.15.12.0000165; 5.15.12.0000166; 5.15.12.0000167; 5.15.12.4700000; 5.15.12.4700001
Leczenie szpitalne profilowane (specjalistyczne)	5.15.12.0000040; 5.15.12.0000041; 5.15.12.0000042; 5.15.12.0000169; 5.15.12.0000223; 5.15.12.0000224; 5.15.12.0000225; 5.15.12.0000226; 5.15.12.0000227; 5.15.12.0000228; 5.15.12.0000229; 5.15.12.0000230; 5.15.12.0000231; 5.15.12.0000290; 5.15.12.0000291; 5.15.12.0000292; 5.15.12.0000293; 5.15.12.0000294; 5.15.12.0000295; 5.15.12.0000296; 5.15.12.0000297; 5.15.12.0000298; 5.15.12.0000315; 5.15.12.0000316
Leczenie szpitalne inne	5.15.12.0000046; 5.15.12.0000047; 5.15.12.0000048; 5.15.12.0000055; 5.15.12.0000056; 5.15.12.0000057; 5.15.12.0000152; 5.15.12.0000153; 5.15.12.0000154; 5.15.12.0000155; 5.15.12.0000156; 5.15.12.0000157; 5.15.12.0000158; 5.15.12.0000159; 5.15.12.0000160; 5.15.12.0000161; 5.15.12.0000162; 5.15.12.0000163; 5.15.12.0000168; 5.15.12.0000170; 5.15.12.0000171; 5.15.12.0000172; 5.15.12.0000173; 5.15.12.0000174

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Leczenie szpitalne długoterminowe i opiekuńcze	5.15.12.0000058; 5.15.12.0000059; 5.15.12.0000061; 5.15.12.0000062; 5.15.12.0000152; 5.15.12.0000153; 5.15.12.0000154; 5.15.12.0000155; 5.15.12.0000215; 5.15.12.0000216; 5.15.12.0000217; 5.15.12.0000218; 5.15.12.0000219; 5.15.12.0000220; 5.15.12.0000221; 5.15.12.0000222
Leczenie szpitalne sądowe (środek zabezpieczający)	5.15.12.0000064; 5.15.12.0000065; 5.15.12.0000070; 5.15.12.0000076; 5.15.12.0000077; 5.15.12.0000071; 5.15.12.0000175; 5.15.12.0000176; 5.15.12.0000203; 5.15.12.0000204
2. Leczenie dzienne psychiatryczne	
Terapia dzienna ogólna (podstawowa)	5.15.12.0000205; 5.15.12.0000206; 5.15.12.2700000;
Terapia dzienna profilowana	5.15.12.0000007; 5.15.12.0000009; 5.15.12.0000301; 5.15.12.0000302; 5.15.12.0000303; 5.15.12.0000304; 5.15.12.0000305; 5.15.12.0000306; 5.15.12.0000307; 5.15.12.0000308; 5.15.12.0000309
Terapia dzienna inna	5.15.12.0000004; 5.15.12.0000006; 5.15.12.0000016; 5.15.12.0000018; 5.15.12.0000022; 5.15.12.0000024; 5.15.12.0000207; 5.15.12.0000208; 5.15.12.0000209; 5.15.12.0000210; 5.15.12.0000211; 5.15.12.0000212; 5.15.12.0000213; 5.15.12.0000214; 5.15.12.0000267; 5.15.12.0000273; 5.15.12.0000275; 5.15.12.0000286
3. Leczenie stacjonarne w izbie przyjęć	
Porada w izbie przyjęć (niezakończona hospitalizacją)	5.15.19.0000211; 5.15.12.0000289; 5.15.12.4900000
4. Leczenie ambulatoryjne psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe)	
Porady lekarskie	5.15.22.0000011; 5.15.22.0000012; 5.15.22.0000026; 5.15.22.0000027; 5.15.12.0000124; 5.15.12.0000125; 5.15.12.0000136; 5.15.12.0000137; 5.15.12.0000138; 5.15.12.0000149; 5.15.12.0000150; 5.15.12.0000257; 5.15.12.0000258; 5.15.12.1700001; 5.15.12.1700002; 5.15.12.1700003; 5.15.12.2730003; 5.15.12.2730004; 5.15.12.2730005
Porady psychologiczne	5.15.22.0000028; 5.15.22.0000029; 5.15.12.0000127; 5.15.12.0000139; 5.15.12.0000259; 5.15.12.0000260; 5.15.12.1700004; 5.15.12.1700005; 5.15.12.1700013; 5.15.12.2730006; 5.15.12.2730007
Psychoterapia indywidualna	5.15.12.0000129; 5.15.12.0000265; 5.15.12.0000266; 5.15.12.0000265; 5.15.12.0000266; 5.15.12.1700006; 5.15.12.1700007; 5.15.12.2730009; 5.15.12.2730010
Wizyty/porady domowe/ środowiskowe	5.15.22.0000030; 5.15.12.0000135; 5.15.12.0000261; 5.15.12.0000262; 5.15.12.1700011; 5.15.12.2730001; 5.15.12.2730002
Oddziaływania grupowe/ rodzinne	5.15.12.0000131; 5.15.12.0000132; 5.15.12.0000134; 5.15.12.0000310; 5.15.12.0000311; 5.15.12.0000312; 5.15.12.1700008; 5.15.12.1700009; 5.15.12.1700010; 5.15.12.2730011; 5.15.12.2730012; 5.15.12.2730013; 5.15.12.1700008; 5.15.12.1700009; 5.15.12.1700010; 5.15.12.2730011; 5.15.12.2730012; 5.15.12.2730013

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Wizyty terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową)	5.15.12.0000263; 5.15.12.2730008
5. Stacjonarne psychiatryczne inne	
Leczenie elektrowstrząsami	5.15.12.0000274

Analiza statystyczna zawiera statystyki opisowe dla wybranych cech. Informacje na temat zgonów osób z rozpoznaniem schizofrenii w 2018 roku pochodzą z Ministerstwa Cyfryzacji.

## Wyniki

### Pacjenci – wybrane wskaźniki

W analizie z lat 2009–2018 uwzględniono pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Każdy pacjent mógł pojawić się więcej niż raz w kolejnych latach, natomiast w danym roku sprawozdawczym był liczony tylko raz.

W 2018 roku zarejestrowano chorobowość roczną na poziomie 160 854 i zgony w liczbie 6124.

Ponad 95% pacjentów (152,83 tys.) było leczonych w modelu tradycyjnym, tzn. korzystało tylko z porad lekarskich/leczenia szpitalnego lub porad lekarskich i leczenia szpitalnego; niecałe 5% (8,02 tys.) otrzymało pomoc w modelu kompleksowym, tzn. korzystając z porad lekarskich/leczenia szpitalnego oraz pomocy psychologicznej, terapii dziennej, opieki środowiskowej.

Liczbę pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, dla których sprawozdano świadczenia psychiatryczne w latach 2009–2018, przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w latach 2009–2018

ICD-10	Rok										2018 vs. 2009
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
F20	113 016	111 211	111 866	104 415	99 444	94 797	91 194	85 955	81 591	78 259	-31%
F20.0	56 799	59 695	70 052	78 803	83 869	86 626	88 137	88 594	90 468	92 371	63%
F20.1	519	508	642	625	672	609	669	593	551	469	-10%
F20.2	611	616	672	691	673	613	651	614	572	527	-14%
F20.3	1157	1175	1554	1832	1922	2106	2032	2211	2256	2375	105%
F20.4	932	969	1344	1665	1703	1747	1766	1702	1612	1594	71%
F20.5	9502	9479	11 463	13 659	14 218	14 392	14 311	14 275	14 178	14 244	50%
F20.6	550	592	821	869	860	792	938	785	815	791	44%
F20.8	1035	1260	1915	1997	1947	1854	2007	2122	2211	2370	129%
F20.9	1597	2324	2576	2234	1938	1859	1810	1932	1960	1913	20%
Razem	153 028	155 974	160 702	166 372	166 351	165 885	165 051	163 849	162 581	160 854	5%

Na przestrzeni dekady o 5% wzrosła liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w sektorze publicznym. W 2018 roku największy wzrost liczby pacjentów (o 129%), w porównaniu z rokiem 2009, wystąpił w grupie osób z rozpoznaniem F20.8 – schizofrenia innego rodzaju oraz z rozpoznaniem F20.3 – schizofrenia niezróżnicowana (o 105%). Najwyższy spadek (o 31%) odnotowano w wypadku rozpoznania F20 (bez bliższego określenia).

Zmienne demograficzne pacjentów – płeć, wiek – przedstawia tabela 3. Liczbę pacjentów z podziałem na miejsce zamieszkania wskazano w tabeli 4.

Tabela 3. Płeć i wiek pacjentów w latach 2009–2018

Zmienne	Rok										2018 vs. 2009
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Płeć											
Kobiety	80 036	81 400	84 263	87 272	86 849	85 878	84 860	83 716	82 491	80 895	1%
% kobiet	52,3%	52,2%	52,4%	52,5%	52,2%	51,8%	51,4%	51,1%	50,7%	50,3%	-4%
Mężczyźni	72 993	74 582	76 456	79 102	79 502	80 008	80 191	80 134	80 090	79 959	10%
% mężczyzn	47,7%	47,8%	47,6%	47,5%	47,8%	48,2%	48,6%	48,9%	49,3%	49,7%	4%
Wiek											
18–39	46 704	47 771	49 016	50 152	50 174	49 859	49 255	48 064	46 799	45 532	-3%
% 18–39	30,5%	30,6%	30,5%	30,1%	30,2%	30,1%	29,8%	29,3%	28,8%	28,3%	-7%
40–59	75 976	76 083	76 516	77 186	75 723	73 843	71 831	70 345	69 009	67 422	-11%
% 40–59	49,6%	48,8%	47,6%	46,4%	45,5%	44,5%	43,5%	42,9%	42,4%	41,9%	-16%
60+	30 350	32 133	35 190	39 037	40 454	42 184	43 966	45 440	46 773	47 901	58%
% 60+	19,8%	20,6%	21,9%	23,5%	24,3%	25,4%	26,6%	27,7%	28,8%	29,8%	50%
Średni wiek	46,2	46,2	46,5	46,8	46,9	47,2	47,4	47,6	47,8	48,1	4%

W analizowanym okresie liczba leczonych kobiet była większa od liczby mężczyzn. W 2018 roku zaobserwowano niewielkie różnice w liczebności obu płci – odpowiednio – 80 895 (50,3%) i 79 959 (49,7%). Widoczny był znaczny wzrost (o 58%) liczby pacjentów w grupie wiekowej 60+.

Tabela 4. Miejsce zamieszkania pacjentów w latach 2009–2018

Miejsce zameldowania	Rok										2018 vs. 2009
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Duże miasto (>100 tys.)	51 721	52 592	53 355	54 385	54 583	54 253	53 371	52 806	51 417	50 772	-2%
% mieszkańców dużych miast	34,0%	33,9%	33,4%	32,8%	32,8%	32,7%	32,4%	32,2%	31,9%	31,6%	-7%
Średnie miasto (20–100 tys.)	32 679	33 408	34 332	35 992	35 964	35 840	35 522	35 198	34 595	34 970	7%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

% mieszkańców średnich miast	21,5%	21,6%	21,5%	21,7%	21,6%	21,6%	21,5%	21,5%	21,5%	21,8%	1%
Małe miasto (<20 tys.)	22 118	22 408	22 314	23 207	23 016	22 316	22 151	22 092	21 614	21 781	-2%
% mieszkańców małych miast	14,5%	14,5%	14,0%	14,0%	13,8%	13,5%	13,4%	13,5%	13,4%	13,6%	-7%
Wieś	45 778	46 595	49 769	52 224	52 758	53 337	53 797	53 747	53 466	53 071	16%
% mieszkańców wsi	30,1%	30,1%	31,2%	31,5%	31,7%	32,2%	32,6%	32,8%	33,2%	33,0%	10%

W latach 2009–2018 odnotowano wzrost liczby pacjentów mieszkających na wsi (o 16%) i w średnich miastach (o 7%), natomiast niewielki spadek zaobserwowano w dużych i małych miastach (o 2%).

### Warunki udzielania świadczeń

#### *Leczenie stacjonarne psychiatryczne*

Liczbę pacjentów leczonych w latach 2009–2018 w oddziałach stacjonarnych oraz wskaźnik korzystania ze świadczeń przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Liczba pacjentów (w tys.) hospitalizowanych w latach 2009–2018 w oddziałach stacjonarnych oraz wskaźnik korzystania ze świadczeń

Rok	Warunki udzielania świadczeń					Ogółem w oddziałach stacjonarnych	Liczba wszystkich pacjentów	Wskaźnik korzystania ze świadczeń
	szpitalne ogólne (podstawowe)	szpitalne profilowane (specjalistyczne)	szpitalne inne	szpitalne długoterminowe i opiekuńcze	szpitalne sądowe			
2009	30,8	1,3	0,8	3,3	0,8	35,3	153,028	23,1%
2010	30,7	1,4	0,7	3,2	0,8	35,1	155,974	22,5%
2011	31,4	1,4	0,7	3,3	0,9	35,9	160,702	22,3%
2012	31,4	1,5	0,7	3,3	1,1	36,1	166,372	21,7%
2013	31,3	1,6	0,7	3,0	1,2	36,0	166,351	21,6%
2014	30,4	1,6	0,7	3,2	1,3	35,3	165,885	21,2%
2015	29,8	1,5	0,7	3,1	1,4	34,8	165,051	21,1%
2016	28,9	1,5	0,6	3,1	1,5	33,9	163,849	20,7%
2017	28,6	1,5	0,6	3,1	1,6	33,6	162,581	20,7%
2018	27,2	1,4	0,7	3,0	1,7	32,3	160,854	20,1%
2018 vs. 2009	-12%	7%	-14%	-9%	212%	-9%	5%	-15%



Wartość „Ogółem w oddziałach stacjonarnych” nie jest równa sumie arytmetycznej wartości podanej w wierszu dla danego roku, ponieważ niektórym pacjentom udzielono świadczeń w więcej niż jednym typie oddziału stacjonarnego w tym samym roku.

W 2018 roku liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych stacjonarnie zmniejszyła się o 9% w stosunku do 2009 roku. Największą liczbę osób hospitalizowanych zanotowano w oddziałach psychiatrycznych ogólnych, jednakże w stosunku do 2009 roku zmniejszyła się ona o 12%. W oddziałach opieki długoterminowej i opiekuńczo-leczniczych liczba leczonych pacjentów zmniejszyła się o 9%. Znacznie – o 212% – wzrosła liczba osób hospitalizowanych w oddziałach psychiatrii sądowej, nieznacznie – o 7% – w oddziałach profilowanych (specjalistycznych). W ciągu dekady wskaźnik korzystania ze świadczeń wynoszący ponad 20% systematycznie się zmniejszał, a w roku 2018 był niższy o 15% w stosunku do roku 2009.

Liczbę sprawozdanych osobodni hospitalizacji w analizowanych latach przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Liczba sprawozdanych osobodni hospitalizacji (w tys.) w latach 2009–2018 w leczeniu stacjonarnym psychiatrycznym, w zależności od typu oddziału stacjonarnego

Rok	Warunki udzielania świadczeń					Ogółem
	szpitalne ogólne (podstawowe)	szpitalne profilowane (specjalistyczne)	szpitalne inne	szpitalne długoterminowe i opiekuńcze	szpitalne sądowe	
2009	1925,3	104,3	46,2	963,1	206,6	3245,6
2010	1885,0	108,9	41,5	976,1	229,2	3240,7
2011	1904,0	114,1	43,0	984,2	260,2	3305,6
2012	1894,8	115,2	42,7	983,3	295,8	3331,9
2013	1830,5	125,0	42,7	901,1	329,7	3228,9
2014	1790,8	118,1	37,8	978,8	367,0	3292,5
2015	1767,9	119,2	40,4	970,7	395,0	3293,2
2016	1746,6	120,3	36,5	967,7	412,9	3284,0
2017	1727,2	123,9	37,0	965,1	436,9	3290,2
2018	1633,8	116,4	40,4	955,9	473,8	3220,2
2018 vs. 2009	-15%	12%	-13%	-1%	129%	-1%

W 2018 roku nieznacznie zmniejszyła się ogólna liczba sprawozdanych osobodni w oddziałach stacjonarnych (o 1%) w porównaniu z rokiem 2009. Zanotowano zmniejszenie sprawozdanej liczby osobodni w oddziałach psychiatrycznych ogólnych – o 15% oraz w kategorii „inne” – o 13%. Widoczny jest znaczny wzrost sprawozdanej liczby osobodni – o 129% – w oddziałach psychiatrii sądowej i niewielki – o 12% – w oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej. Na przestrzeni dekady największa liczba

osobodni została sprawozdawana w oddziałach psychiatrycznych ogólnych – stanowiła ona ponad 50% świadczeń w opiece stacjonarnej.

Średnią liczbę dni hospitalizacji pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii w latach 2009–2018 w oddziale psychiatrycznym ogólnym (podstawowym) przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Średnia liczba dni hospitalizacji pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii w latach 2009–2018 w oddziale psychiatrycznym ogólnym (podstawowym)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Średnia liczba dni hospitalizacji	40,63	43,97	43,26	42,78	41,74	41,85	42,18	42,77	43,18	43,03

W ciągu dekady średnia liczba dni hospitalizacji pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii w oddziale psychiatrycznym ogólnym ulegała niewielkim wahaniom – od 41 do 43 dni.

### *Leczenie dzienne psychiatryczne*

Liczbę pacjentów leczonych w latach 2009–2018 w oddziałach dziennych oraz wskaźnik korzystania ze świadczeń przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Liczba pacjentów (w tys.) leczonych w latach 2009–2018 w oddziałach dziennych oraz wskaźnik korzystania ze świadczeń

Rok	Terapia dzienna ogólna (podstawowa)	Terapia dzienna profilowana	Terapia dzienna inna	Ogółem w oddziałach dziennych	Liczba wszystkich pacjentów	Wskaźnik korzystania ze świadczeń
2009	3,05	0,90	0,03	3,93	153,028	2,6%
2010	3,08	0,97	0,03	4,04	155,974	2,6%
2011	3,34	1,19	0,04	4,48	160,702	2,8%
2012	3,53	1,30	0,03	4,76	166,372	2,9%
2013	3,49	1,34	0,04	4,78	166,351	2,9%
2014	3,62	1,28	0,04	4,86	165,885	2,9%
2015	3,49	1,33	0,04	4,78	165,051	2,9%
2016	3,49	1,33	0,05	4,78	163,849	2,9%
2017	3,40	1,33	0,04	4,67	162,581	2,9%
2018	3,44	1,34	0,03	4,71	160,854	2,9%
2018 vs. 2009	13%	49%	0%	20%	5%	11%

Wartość „Ogółem w oddziałach dziennych” nie jest równa sumie arytmetycznej wartości podanej w wierszu dla danego roku, ponieważ niektórym pacjentom udzielono świadczeń w więcej niż jednym typie oddziału dziennego w tym samym roku.

Na przestrzeni lat 2009–2018 liczba wszystkich pacjentów leczonych w oddziałach dziennych zwiększyła się o 20%. Największy wzrost liczby pacjentów zaobserwo-

wano w oddziałach terapii dziennej profilowanej – o 49%. Najliczniej pacjenci byli hospitalizowani w oddziałach dziennych ogólnych – świadczenia te stanowiły ponad 70% wszystkich świadczeń sprawozdanych w lecznictwie dziennym. W ciągu dekadę wskaźnik korzystania ze świadczeń utrzymywał się praktycznie na tym samym poziomie – blisko 3%, a w roku 2018 zwiększył się o 11% w stosunku do roku 2009.

Liczbę sprawozdanych osobodni w oddziałach dziennych w analizowanych latach, z uwzględnieniem typu oddziału dziennego, przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Liczba sprawozdanych osobodni (w tys.) w latach 2009–2018, z uwzględnieniem typu oddziału dziennego

Rok	Terapia dzienna ogólna (podstawowa)	Terapia dzienna profilowana	Terapia dzienna inna	Ogółem
2009	169,5	55,4	1,9	226,8
2010	164,9	63,8	2,0	230,8
2011	172,1	72,9	2,7	247,8
2012	179,4	80,2	2,0	261,6
2013	178,4	80,7	2,6	261,7
2014	183,8	80,6	3,1	267,5
2015	178,7	84,2	3,9	266,8
2016	182,8	84,2	3,8	270,8
2017	180,6	83,6	2,7	267,0
2018	169,5	82,1	2,3	253,9
2018 vs. 2009	0%	48%	18%	12%

W 2018 roku ogólna liczba sprawozdanych osobodni w oddziałach dziennych wzrosła o 12% w porównaniu z rokiem 2009. Największy wzrost tej liczby – o 48% – zanotowano w terapii dziennej profilowanej. Na przestrzeni dekady największa liczba osobodni była sprawozdawana w oddziałach dziennych ogólnych – blisko 70% świadczeń w kategorii „dienne psychiatryczne”.

Liczbę pacjentów leczonych w latach 2009–2018 w oddziałach psychiatrycznych dziennych oraz liczbę sprawozdanych osobodni przypadających na pacjenta rocznie przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Liczba pacjentów (w tys.) leczonych w latach 2009–2018 w oddziałach dziennych ogólnych oraz liczba sprawozdanych osobodni przypadających na pacjenta rocznie

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Liczba pacjentów	3,05	3,08	3,34	3,53	3,49	3,62	3,49	3,49	3,40	3,44
Liczba przypadających na pacjenta osobodni	55,60	53,53	51,61	50,85	51,12	50,83	51,13	52,41	53,16	49,26

W 2018 roku liczba sprawozdanych osobodni w oddziałach dziennych ogólnych przypadających na pacjenta rocznie, w porównaniu z rokiem 2009, zmniejszyła się o 7 dni (o 11%).

*Leczenie ambulatoryjne psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe)*

Liczbę pacjentów korzystających w latach 2009–2018 ze świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) przedstawia tabela 11.

**Tabela 11. Liczba pacjentów (w tys.) korzystających w latach 2009–2018 ze świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)**

Rok	Porady lekarskie	Porady psychologiczne	Psychoterapia indywidualna	Wizyty/porady domowe/środowiskowe	Oddziaływania grupowe/rodzinne	Wizyty terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową)	Ogółem
2009	135,91	9,07	0,00	5,92	1,08	0,32	138,39
2010	138,49	8,02	2,24	5,52	0,91	0,39	141,16
2011	142,85	8,50	2,25	6,28	0,88	0,46	145,78
2012	148,41	9,54	2,29	7,20	0,80	0,56	151,62
2013	148,51	9,66	2,64	7,68	0,66	0,54	151,94
2014	147,66	9,13	2,77	7,68	0,59	0,44	151,22
2015	146,80	8,77	2,68	8,04	0,52	0,46	150,48
2016	145,88	8,64	2,77	8,15	0,53	0,60	149,52
2017	144,25	8,56	2,86	8,35	0,55	0,58	148,08
2018	142,15	8,57	3,14	8,73	0,61	0,60	146,10
2018 vs. 2009	5%	-6%	-	32%	-77%	53%	6%

Wartość „Ogółem” nie jest równa sumie arytmetycznej wartości podanej w wierszu dla danego roku, ponieważ niektórym pacjentom udzielono różnych typów świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego w tym samym roku.

Na przestrzeni dekady pacjenci najliczniej korzystali z porad lekarskich – blisko 90% osób, natomiast najmniej osób korzystało z wizyt terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową) – maksymalnie 0,4%, z wizyt/porad domowych/środowiskowych – 5%, z porad psychologicznych – 6% oraz z oddziaływań grupowych/rodzinnych – niecałe 1%. Przy porównaniu roku 2018 z rokiem 2009 zwraca uwagę spadek liczby pacjentów korzystających z oddziaływań grupowych/

rodzinnych – o 77% oraz spadek liczby pacjentów korzystających z porad psychologicznych – o 6%. W 2009 roku nie odnotowano żadnego pacjenta korzystającego z psychoterapii indywidualnej (co może wynikać ze sposobu sprawozdawania i rozliczania świadczeń), natomiast w 2018 roku z tego typu terapii skorzystało niewiele ponad 3 tys. osób. Zanotowano wzrost liczby pacjentów korzystających z porad/wizyt domowych – o 32% oraz z wizyt terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową) – o 53%.

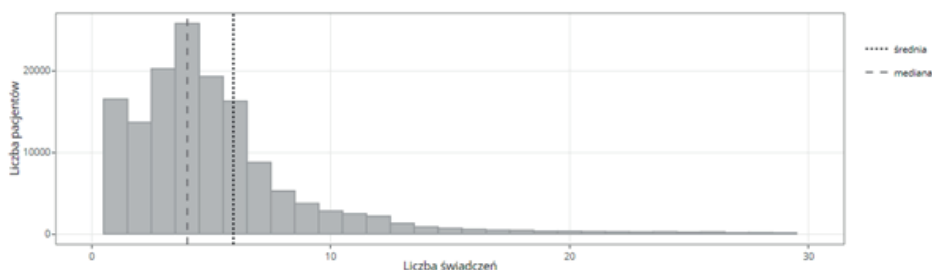
Liczbę różnego rodzaju świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) sprawozdanych w latach 2009–2018 przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Liczba sprawozdanych (w tys.) w latach 2009–2018 świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego)

Rok	Porady lekarskie	Porady psychologiczne	Psychoterapia indywidualna	Wizyty/porady domowe/środowiskowe	Oddziaływania grupowe/rodzinne	Wizyty terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową)	Ogółem
2009	720,9	38,6	0,0	40,3	9,9	3,1	812,9
2010	718,1	29,0	12,8	40,5	9,2	3,9	813,5
2011	721,9	30,7	14,8	51,0	10,1	4,5	833,0
2012	729,5	36,4	15,9	60,4	10,2	5,2	857,7
2013	746,7	39,9	19,3	75,2	9,5	4,7	895,3
2014	741,7	39,9	21,5	83,2	8,3	4,3	898,9
2015	725,0	40,2	22,3	89,4	9,4	5,3	891,6
2016	714,2	40,4	23,8	95,7	8,1	4,5	886,7
2017	697,6	42,0	26,7	100,5	8,9	4,3	879,9
2018	674,5	40,6	29,4	108,6	9,3	4,2	866,5
2018 vs. 2009	-6%	5%	-	163%	-6%	26%	6%

W 2018 roku ogólna liczba sprawozdanych świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) wzrosła o 6% w porównaniu z rokiem 2009. Najliczniej sprawozdawaną grupą świadczeń tej kategorii były porady lekarskie – stanowiły one blisko 78% wszystkich świadczeń, następnie wizyty/porady domowe/środowiskowe – 12,5%, porady psychologiczne – 4,7%, psychoterapia indywidualna – 3,4%, oddziaływania grupowe/rodzinne – 1,1% oraz wizyty terapeuty środowiskowego – 0,5%.

Rozkład liczby sprawozdanych jednostkowo świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) w roku 2018, we wszystkich kategoriach razem, przedstawia wykres.



Wykres. Rozkład liczby sprawozdanych jednostkowo świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) w roku 2018, w kategoriach: porady lekarskie, porady psychologiczne, oddziaływania grupowe/rodzinne, wizyty/porady domowe/środowiskowe, psychoterapia indywidualna oraz wizyty terapeuty środowiskowego

Najwyższa wartość na osi X wyniosła 146, jednak ze względu na czytelność i liczbę pacjentów bliską 1 skala została skrócona. W 2018 roku największa liczba pacjentów skorzystała z 4 porad/wizyt i tyle samo wyniosła mediana liczby świadczeń.

Liczby sprawozdanych jednostkowo świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) w 2018 roku w poszczególnych kategoriach przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Miary tendencji centralnych rozkładów liczby sprawozdanych jednostkowo świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego) w 2018 roku, w kategoriach: porady lekarskie, porady psychologiczne, oddziaływania grupowe/rodzinne, wizyty/porady domowe/środowiskowe, psychoterapia indywidualna oraz wizyty terapeuty środowiskowego

Miary	Porady lekarskie	Porady psycho-logiczne	Psycho-terapia indywidualna	Wizyty / porady domowe/środowiskowe	Oddziaływania grupowe/rodzinne	Wizyty terapeuty środowiskowego (osoby prowadzącej terapię środowiskową)	Ogółem
Średnia arytmetyczna	5	5	9	12	15	7	5
Mediana	4	2	5	5	3	5	4
Dominanta	4	1	1	1	1	1	4
Liczba pacjentów*	26 560	2844	734	3018	107	121	25 742

\* Tylu pacjentów skorzystało z poszczególnych rodzajów świadczeń w wypadku najczęściej występującej w grupie badanej ich liczby. Wartość ogółem odnosi się do wszystkich pacjentów, bez

podziału na poszczególne rodzaje świadczeń. Nie jest sumą wartości z poszczególnych kolumn, ponieważ część pacjentów korzystała ze świadczeń różnego rodzaju.

W 2018 roku największa liczba pacjentów skorzystała z porad lekarskich, najmniejsza z oddziaływań grupowych/rodzinnych, wizyt terapeuty środowiskowego oraz psychoterapii indywidualnej. Dominanta porady lekarskiej wynosi 4, pozostałych kategorii świadczeń 1.

### Omówienie wyników

Celem prezentowanego badania populacyjnego było dostarczenie informacji na temat korzystania przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii z zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Analiza sprawozdanych świadczeń z lat 2009–2018, według kodów produktów rozliczeniowych, może posłużyć zarówno do oceny sposobu funkcjonowania opieki psychiatrycznej, jak i do sporządzania prognoz zarządczych. Jest to, zdaniem autorów, szczególnie ważne w odniesieniu do pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, ze względu na dotkliwe brzemienie tej choroby w wymiarze osobowym i społecznym [6, 22, 25] oraz duże obciążenie psychiatrycznej opieki zdrowotnej [28], które jest związane nie tylko ze złożonymi potrzebami osób chorujących, ale również z koniecznością świadczenia pomocy rodzinom/osobom bliskim pacjentów [29].

Przyjmuje się, że częstość występowania schizofrenii zbliża się do 1%. W 2018 roku chorobowość roczna wynosiła 160 854 pacjentów, co stanowi 0,4% ludności Polski [30]. Wynik ten może świadczyć o tym, że część osób chorujących nie korzysta ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W Polsce na przestrzeni lat 2009–2018 o 5% wzrosła liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w sektorze finansowanym ze środków publicznych. Wynik ten jest zgodny z szacunkami autorów międzynarodowych badań epidemiologicznych [6], którzy podają, że liczba osób chorujących na schizofrenię będzie rosła wraz ze zwiększającą się populacją oraz starzeniem się społeczeństwa. Największy wzrost liczby pacjentów wystąpił w grupie osób z rozpoznaniem F20.8 – schizofrenia innego rodzaju (o 129%) oraz F20.3 – schizofrenia nieodróżnicowana (o 105%). Trudno jednoznacznie zinterpretować ten wynik, gdyż z jednej strony może wskazywać na niedoskonałości klasyfikacji ICD-10, z drugiej zaś strony może on wynikać z uwarunkowań pozaklinicznych. Istotnym problemem w polskiej opiece psychiatrycznej jest brak refundacji leków dla osób z zaburzeniem schizoafektywnym (F25), co sprawia, że u części pacjentów specjaliści skłonni są do rozpoznawania schizofrenii lub zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Można przyjąć, że konstruktywnym rozwiązaniem byłoby uregulowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad refundacji leków dla osób z zaburzeniem schizoafektywnym (F25). Zwraca uwagę niewielka liczba osób, u których rozpoznano schizofrenię hebefreniczną. Na coraz rzadsze rozpoznawanie tej postaci schizofrenii zwracali już wcześniej uwagę autorzy analizujący lata 1920–1966 [31] oraz 1900–1979 [32].

Wyniki badań epidemiologicznych uwzględniających płeć pacjentów są rozbieżne – jedni autorzy podają, że schizofrenia występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet

[4, 33], inni natomiast twierdzą, że częstość występowania zaburzenia jest u obu płci taka sama [6].

Z prezentowanego opracowania wynika, że w ciągu dekady liczba leczonych kobiet była większa od liczby mężczyzn. Być może w Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy [34], mężczyźni są mniej skłonni do korzystania z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Stwierdzony największy wzrost liczby leczonych pacjentów mieszkających na wsi – o 16% – jest o tyle zaskakujący, że urbanizację wymienia się jako jeden z czynników sprzyjających ujawnieniu się schizofrenii [35]. Warto jednak zauważyć, że wynik ten odzwierciedla ogólne zjawisko migracji ludności miast na tereny podmiejskie/wiejskie [36].

Jednym z pozytywnych ustaleń analizy jest zmniejszenie w 2018 roku, w stosunku do 2009 roku, liczby pacjentów leczonych stacjonarnie – o 9%, przy wzroście o 6% liczby osób korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego. Można przyjąć, że jest to wynik zarysowującego się procesu deinstytucjonalizacji – w Polsce w latach 2010–2016 zaobserwowano spadek liczby oddziałów psychiatrycznych o 4%, przy wzroście liczby jednostek opieki środowiskowej o 253% [37]. Do niepokojących tendencji w analizowanej dekadzie należy bardzo wysoki (o 212%) wzrost liczby pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej. Równie niepokojący jest wzrost liczby sprawozdanych w tej kategorii osobodni – z blisko 207 tys. w 2009 roku do blisko 474 tys. w 2018 roku. Jest to wzrost o 129%, co wskazuje na znaczne zwiększenie przeciętnej długości pobytu: średnia długość hospitalizacji w oddziałach psychiatrii sądowej w 2009 roku wynosiła 258 dni, a w 2018 roku – 279 dni. Być może wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów oraz przedłużenie hospitalizacji średnio o 21 dni ma związek z przyjęciem ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku – zwanej *lex Trynkiewicz* – o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r., poz. 24). Co ciekawe, w latach 1990–2012 zaobserwowano również znaczny wzrost zapotrzebowania na łóżka w oddziałach psychiatrii sądowej w Europie Zachodniej [38]. Przyczyny tej tendencji pozostają niejasne. Należałoby uzyskać dokładne informacje na temat charakterystyki klinicznej pacjentów korzystających z leczenia w oddziałach psychiatrii sądowej oraz przyczyn detencji.

Jednym ze wskaźników właściwego zarządzania oraz ważnym miernikiem efektywności systemu jest długość hospitalizacji psychiatrycznej [39]. W Kanadzie w latach 2005–2015 pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum schizofrenii byli hospitalizowani średnio 97 dni [40]. Z analizy danych Światowej Organizacji Zdrowia [41] wynika, że pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii byli najdłużej hospitalizowani w Zjednoczonym Królestwie – średnio 132 dni, w Czechach – 89, Finlandii – 71, Polsce – 45, a najkrócej w Danii – 6 dni. Z kolei w badaniu przeprowadzonym we Francji, w Niemczech i Zjednoczonym Królestwie długość hospitalizacji wahała się od 39 do 57 dni [27]. W Polsce w roku 2018 średnia długość hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym ogólnym (podstawowym) wynosiła 43 dni – zatem więcej niż wynosząca 38,5 dnia średnia szacowana dla krajów Unii Europejskiej [42]. Interpretację cytowanych wyżej wyników utrudniają różnice metodologiczne. Można jednak przyjąć, że w Polsce na długość hospitalizacji mają wpływ nie tylko struktura systemu



psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym dominacja jednostronnej i ubogiej oferty dużych i odległych od miejsca zamieszkania szpitali psychiatrycznych przy znacznym niedoborze opieki środowiskowej [43], ale równie ważne czynniki społeczno-kulturowe oraz obowiązujący sposób finansowania hospitalizacji – rozliczanie za „osobodzień”.

W latach 2009–2018 bardzo niski odsetek pacjentów (poniżej 3%) korzystał z terapii dziennej, świadczonej w coraz krótszym czasie – w 2018 roku długość świadczenia wynosiła średnio 49 dni. Najprawdopodobniej wynika to z braku dostępności tej formy leczenia, czyli niewystarczającej liczby oddziałów – w 2018 roku zaledwie 31% spośród 380 powiatów (grodzkich i ziemskich) posiadało na swoim terenie oddział dzienny, oraz z położenia terytorialnego, czyli zbyt dużej odległości oddziału od miejsca zamieszkania pacjenta – przyjmuje się, że droga w jedną stronę nie powinna zajmować więcej niż 60 minut [44].

W 2018 roku ogólna liczba sprawozdanych świadczeń ambulatoryjnych i opieki środowiskowej udzielonych pacjentom z rozpoznaniem schizofrenii w porównaniu z rokiem 2009 wzrosła o 6%. Warto jednak zauważyć, że na przestrzeni dekady zdecydowanie dominującą formę tej pomocy stanowiły porady lekarskie. Mniej niż 10% pacjentów korzystało z innych form opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Za pozytywną tendencję, świadcząca o rozwijającej się opiece środowiskowej, można uznać znaczący wzrost świadczeń sprawozdanych w kategorii porady/wizyty domowe – o 169%, choć świadczenia te stanowią zaledwie 16% wszystkich świadczeń ambulatoryjnych. Trudno jednoznacznie zinterpretować fakt znacznego spadku – o 77% – liczby pacjentów korzystających z terapii grupowej, rodzinnej, wsparcia – oddziaływań uznanych za istotnie wspomagające proces zdrowienia [45]. Możliwe powody tego stanu rzeczy to sposób finansowania i rozliczania świadczeń narzucony przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz problemy organizacyjne. W Wielkiej Brytanii okazało się [46], że przyczyną jest niechęć pacjentów do kontaktów z psychiatryczną opieką zdrowotną, wykraczających poza konieczność zgłoszenia się do lekarza. Podobne obserwacje dotyczą Francji i Niemiec [27], gdzie w ciągu 6 miesięcy zaledwie około 15% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii zgłosiło się do psychologa.

W analizie 2018 roku zwraca uwagę zdecydowanie niewielka liczba świadczeń ambulatoryjnych i opieki środowiskowej sprawozdanych na pacjenta w ciągu 12 miesięcy – średnio cztery wizyty/porady. Są to głównie porady lekarskie, w pozostałych kategoriach świadczeń dominanta wynosi jeden. Uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy wynika to z faktu, że pacjenci częstszych kontaktów nie potrzebowali, unikali ich, czy też porady nie były dostępne, wymaga przeprowadzenia badań jakościowych. Dla porównania – zdecydowana większość (72–82%) pacjentów we Francji, w Niemczech i Wielkiej Brytanii [27] w ciągu 6 miesięcy, w zależności od rodzaju i nasilenia psychopatologii, od czterech do sześciu razy korzystała z wizyt u psychiatry. W tym miejscu należy podkreślić, że w Niemczech nie obowiązuje system tzw. limitów – w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje określoną liczbę punktów, a zatem wizyty są ustalane zgodnie z narzuconym limitem.

Podstawowym ograniczeniem prezentowanej analizy jest to, że uwzględnia ona wyłącznie informacje uzyskane z bazy danych publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia. Bazy te zawierają jedynie bardzo

podstawowe zmienne społeczno-demograficzne, niepełne informacje medyczne oraz częściowe dane organizacyjne. Poszerzenie opracowania o informacje z sektora niepublicznego dałoby pełny obraz funkcjonowania systemu oraz ułatwiłoby prognozowanie świadczeń dla tej grupy chorych.

W pracy nie dokonano analizy ekonomicznej, która mogłaby być przydatna dla optymalizacji ścieżki leczenia [47].

### Wnioski

1. W latach 2009–2018 wzrosła o 5% liczba pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w sektorze publicznym.
2. W analizowanych latach liczba pacjentów leczonych stacjonarnie zmniejszyła się o 9%, przy wzroście o 6% liczby osób korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego.
3. W oddziałach psychiatrii sądowej zaobserwowano wysoki wzrost (o 212%) liczby hospitalizowanych pacjentów oraz wydłużający się czas ich pobytu – 279 dni w 2018 roku.
4. Średnia długość hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym ogólnym (podstawowym) ulegała niewielkim wahaniom – w 2018 roku wynosiła 43.
5. Bardzo niski odsetek osób chorujących na schizofrenię (poniżej 3%) korzystał z terapii dziennej.
6. W leczeniu ambulatoryjnym zdecydowanie dominującą formą pomocy były porady lekarskie; mniej niż 10% pacjentów korzystało z innego rodzaju świadczeń. W 2018 roku sprawozdano średnio cztery wizyty/porady na pacjenta. Zanotowano bardzo wysoki spadek (o 77%) liczby pacjentów korzystających z terapii grupowej, rodzinnej, wsparcia.
7. W latach 2009–2018 większość pacjentów (ponad 95%) z rozpoznaniem schizofrenii leczyła się, korzystając z tradycyjnego modelu opieki (porady lekarskie i hospitalizacja psychiatryczna). Wskazana jest reorganizacja systemu – wdrożenie i rozwój kompleksowej opieki koordynowanej w ramach modelu środowiskowego.

Praca powstała w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, realizowanego przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia.

### Piśmiennictwo

1. Loch AA. *Schizophrenia, not a psychotic disorder: Bleuler revisited*. Front. Psychiatry. 2019; 10: 328. Doi: 10.3389/fpsy.2019.00328.
2. Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Craddock N. *Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia*. Br. J. Psychiatry. 2011; 198(3): 173–175. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.084384.

3. Śmierciak N, Krzyściak W, Sz wajca M, Kazek G, Urbanek K, Bryll A i wsp. *Wybrane czynniki ryzyka schizofrenii: pomiędzy różnorodnością modeli etiologicznych a psychiatrią spersoanalizowaną*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2018; 18(4): 388–398. Doi: 10.5557/PIPK.2018.0046.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. *Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality*. Epidemiol. Rev. 2008; 30: 67–76.
5. World Health Organization. *Schizophrenia. Key facts*; 2019. www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia (dostęp: 1.05.2021).
6. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG i wsp. *Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016*. Schizophr. Bull. 2018; 44(6): 1195–1203.
7. Harvey P, Strassnig M, Silberstein J. *Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment*. J. Exp. Psychopathol. 2019; 10(3): 1–20. Doi: 10.1177/2043808719865693.
8. Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J i wsp. *Disability and schizophrenia: A systematic review of experienced psychosocial difficulties*. BMC Psychiatry. 2012; 2012: 193. Doi: 10.1186/1471-244X-12-193.
9. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. *Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008 part 1: Overview*. Schizophr. Res. 2008; 100(1–3): 4–19.
10. Saha S, Chant D, McGrath J. *A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?* Arch. Gen. Psychiatry. 2007; 64(10): 1123–1131.
11. Bitter I, Czobor P, Borsi A, Fehér L, Nagy BZ, Bacskai M i wsp. *Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study*. Eur. Psychiatry. 2017; 45: 97–103.
12. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. *Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis*. Lancet Psychiatry. 2017; 4(4): 295–301. Doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0.
13. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. *Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: A Swedish national cohort study*. Am. J. Psychiatry. 2013; 170(3): 324–333.
14. Westman J, Eriksson SV, Gissler M, Hällgren J, Prieto ML, Bobo WV i wsp. *Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: A 24-year national register study*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2018; 27(5): 519–527. Doi: 10.1017/S2045796017000166.
15. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L i wsp. *Suicide in the early stage of schizophrenia*. Front. Psychiatry. 2016; 27(7): 116. Doi: 10.3389/fpsy.2016.00116.
16. Gondek TM, Królicka A, Piotrowski P, Kiejna A. *Europejskie badania nad umieralnością w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1139–1148.
17. Wichniak A, Dudek D, Heitzman J, Kapłon-Cieślicka A, Mamcarz A, Samochowiec J i wsp. *Redukcja ryzyka metabolicznego u chorych na schizofrenię przyjmujących leki przeciwpsychotyczne – zalecenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1191–1218. Doi: 10.12740/PP/113222.
18. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M i wsp. *Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A global systematic review and meta-analysis*. World Psychiatry. 2017; 16(3): 308–315. Doi: 10.1002/wps.20458.
19. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. *Global Health Metrics Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for*

- the Global Burden of Disease Study 2016*. The Lancet. 2017; 390 (10100): 1260–1344. Doi: 10.1016/S01406736(17)32130-X.
20. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G; and for the GAMIAN-Europe Study Group. *Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study*. Schizophr. Res. 2010; 122(1–3): 232–238.
  21. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Habib J, Loundou A, Boucekine M, Boyer L i wsp. *Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020; 270(5): 513–520. Doi: 10.1007/s00406-019-01035-8.
  22. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M i wsp. *Humanistic burden in schizophrenia: A literature review*. J. Psychiatr. Res. 2014; 54: 85–93.
  23. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG i wsp. *Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(6): 440–452.
  24. Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A, Nitulescu R, Ramanakumar AV, Kamat SA i wsp. *The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013*. J. Clin. Psychiatry. 2016; 77(6): 764–771. Doi: 10.4088/JCP.15m10278.
  25. Gałązka-Sobotka M, Gryglewicz J, Gierczyński J, Wrona W, Karczewicz E, Zalewska H i wsp. *Schizofrenia – analiza kosztów społecznych i ekonomicznych*. Psychiatria. 2015; 12(1): 17–46.
  26. Knapp M, Mangalore R, Simon J. *The global costs of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2004; 30(2): 279–293.
  27. Millier A, Horváth M, Ma F, Kóczyán K, Götze A, Toumi M. *Healthcare resource use in schizophrenia, EuroSC findings*. J. Mark Access Health Policy. 2017; 5(1): 1372027. Doi: 10.1080/20016689.2017.1372027.
  28. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. *Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain*. BMC Psychiatry. 2020; 20(1): 149. Doi: 10.1186/s12888-020-02538-8.
  29. Awad A, Voruganti L. *The burden of schizophrenia on caregivers: A review*. Pharmacoeconom. 2008; 26(2): 149–162.
  30. GUS. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia> (dostęp: 1.05.2021).
  31. Morrison JR. *Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920–1966*. Am. J. Psychiatry. 1974; 131(6): 674–677.
  32. Templer DI, Veleber DM. *The decline of hebephrenic schizophrenia*. Orthomolecular Psychiatry. 1982; 11(2): 100–102.
  33. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. *Sex differences in schizophrenia*. Int. Rev. Psychiatry. 2010; 22(5): 417–428.
  34. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H i wsp. *Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr Scand. 2004; Suppl. 109(420): 47–54.
  35. Krabbendam L, Os van J. *Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence-conditional on genetic risk*. Schizophr. Bull. 2005; 31(4): 795–799.
  36. Trzepacz P, Janas K, Piech K. *Migracje z udziałem ludności miast Polski w latach 2006–2016*. W: Krzysztofik R. red. *Przemiany demograficzne miast Polski: wymiar krajowy, regionalny i lokalny*. Warszawa–Kraków: Instytut Rozwoju Miast i Regionów; 2019. S. 47–61.

37. Anczewska M, Biechowska D, Gałęcki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Brancewicz B i wsp. *Jednostki organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych – analiza na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2010–2016*. Psychiatr. Pol. 2019. ONLINE FIRST, Nr 151: 1–17. Doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/111852.
38. Chow WS, Priebe S. *How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990*. BMJ Open. 2016; 6(4): e010188. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
39. Dimitri G, Giacco D, Bauer M, Bird V, Greenberg L, Lasalvia A i wsp. *Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries?* Eur. Psychiatry. 2018; 48(1): 6–12. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.11.001.
40. Chen S, Collins A, Anderson K, McKenzie K, Kidd S. *Patient characteristics, length of stay, and functional improvement for schizophrenia spectrum disorders: A population study of inpatient care in Ontario 2005 to 2015*. Can. J. Psychiatry. 2017; 62(12): 854–863.
41. Samele C, Urquía N. *Psychiatric inpatient care: Where do we go from here?* Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2015; 24(5): 371–375. Doi: 10.1017/S2045796015000591.
42. Samele C, Frew S, Urquía N. *Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health*; 2013. [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf) (dostęp: 1.05.2021).
43. Wciórka J. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Motywy, cele, priorytety*. W: Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. S. 65–75.
44. Adamowski T, Hadryś T, Kiejna A. *Efektywność leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym, w porównaniu z oddziałem stacjonarnym, na podstawie analizy objawów psychopatologicznych, subiektywnej oceny jakości życia oraz częstości rehospitalizacji po zakończeniu leczenia*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(4): 571–581.
45. Lysaker PH, Glynn SM, Wilkniss SM, Silverstein SM. *Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study*. Psychol. Serv. 2010; 7(2): 75–91. Doi: 10.1037/a0019115.
46. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farecelly S, Bonnington O i wsp. MIRIAD study group. *Stigma – and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers*. Psychiatry Res. 2015; 228(3): 612–619. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.044.
47. Jin H, Tappenden P, MacCabe JH, Robinson S, Byford S. *Evaluation of the cost-effectiveness of services for schizophrenia in the UK across the entire care pathway in a single whole-disease model*. JAMA Netw. Open. 2020; 3(5): e205888. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.5888.

Adres: Sylwia Paciorek  
Ministerstwo Zdrowia  
00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15  
e-mail: s.paciorek@mz.gov.pl

Otrzymano: 14.12.2020  
Zrecenzowano: 25.02.2021  
Otrzymano po poprawie: 24.03.2021  
Przyjęto do druku: 29.03.2021