

Jednostki organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych – analiza na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2010–2016

Organizational units providing psychiatric services for adults – an analysis based on the National Health Fund data for 2010–2016

Marta Anczewska¹, Daria Biechowska¹, Piotr Gałęcki²,
Małgorzata Janas-Kozik³, Beata Koń⁴,
Blanka Skrzypkowska-Brancewicz⁵, Anna Śremska⁶, Filip Urbański⁷,
Barbara Więckowska⁸, Mariusz Zięba⁷, Katarzyna Kucharska⁹

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

² Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice i Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, Sp. z o.o.

⁴ Kolegium Analiz Ekonomicznych, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

⁵ Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed Sp. z o.o. w Gdańsku

⁶ Wojewódzki Szpital Psychiatryczny, Łódź

⁷ Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

⁸ Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

⁹ Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

Aim. The aim of this publication is to analyze the organizational units of mental healthcare for adults based on the data on the services reported to the National Health Fund in 2010–2016.

Method. The following organizational forms of care were analyzed: mental health outpatient clinics, general psychiatric wards, general day care psychiatric wards, community mental health teams, and psychiatric emergency rooms. These organizational units were analyzed in terms of their number, utilization and accessibility. In addition, a preliminary simulation of the expected Mental Health Centers was carried out.

Results. In Poland, in 2010–2016, the number of mental health service providers under contracts with the National Health Fund increased by 5%. The most robust growth was

observed for community mental health teams, whose number increased by 282%. However, this organizational form was used by a marginal (1.9%) percentage of patients. The highest rate of admission to general psychiatric wards was observed in districts where a general psychiatric ward and a mental health clinic were available with no day care psychiatric wards or community mental health teams. A small number of entities providing comprehensive care was in operation in 2016. The preliminary simulation has shown that in 2016 a total of 156 Mental Health Centers should have been in operation, assuming that each of them would have provided care for 200,000 inhabitants.

Conclusions. It would be advisable to analyze the exact geographic distribution of units, human resources in individual organizational units, and to take financial outlays for mental healthcare in their various forms into consideration.

Słowa kluczowe: opieka psychiatryczna w Polsce, jednostki organizacyjne, mapy potrzeb zdrowotnych

Key words: mental healthcare in Poland, organizational units, maps of health needs

Wprowadzenie

Thornicroft i wsp. [1] dzielą historię psychiatrycznej opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych na trzy okresy historyczne: powstanie szpitali psychiatrycznych, schyłek szpitali psychiatrycznych oraz rozwój zdecentralizowanej psychiatrii środowiskowej, osadzonej w środowisku lokalnym. W trwającej od lat debacie na temat pozytywnych i negatywnych aspektów deinstytucjonalizacji, reinstytucjonalizacji, czy też transinstytucjonalizacji [2] coraz większego znaczenia nabiera teza, że psychiatria środowiskowa nie jest określoną instytucją ani usługą, ale przede wszystkim sposobem myślenia na temat osoby chorującej psychicznie, jej potrzeb i praw, przy zapewnieniu dostępu do systemu leczenia, jak również szeroko pojętej obecności w społeczeństwie. W ramach „zrównoważonego modelu opieki” większość usług powinna być świadczona w placówkach w pobliżu miejsca zamieszkania potrzebujących, przy czym hospitalizację oferuje się w tzw. ostrych oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, a jej liczbę zmniejsza się tak dalece, jak to tylko możliwe [1].

Z ostatnich danych dotyczących Europy Zachodniej wynika, że w latach 1990–2012 liczba psychiatrycznych łóżek szpitalnych wykazuje stałe tendencje spadkowe przy jednoczesnym wzroście liczby łóżek w oddziałach psychiatrii sądowej [3]. Autorzy cytowanej pracy podkreślają, że związek między zaobserwowanymi tendencjami pozostaje niejasny. Postulują uzyskanie dokładnych informacji na temat charakterystyki pacjentów korzystających z tych usług, długoterminowej analizy ścieżek leczenia oraz przeprowadzenie badań nad skutecznością oddziaływań w celu opracowania opartych na dowodach naukowych zasad świadczenia opieki psychiatrycznej.

Coraz częściej decydenci uznają potrzebę „myślenia inaczej” o polityce w obszarze zdrowia psychicznego i świadczeniu usług w tym zakresie, gdyż dotychczasowy model nie spełnia oczekiwań społecznych. Hannigan i Coffey [4, s. 223] wskazują na „niedostateczne rozumienie choroby psychicznej, brak odpowiednich i/lub dostępnych terapii, niedostatecznie wyszkolony i/lub za mało liczny personel, zbyt małą liczbę i/lub niewłaściwy typ zespołów lub obiektów, [...] akty prawne, które są albo zbyt liberalne, albo zbyt opresyjne [...]”. Ellis i wsp. [5] sugerują potrzebę świadczenia

usług interdyscyplinarnych, zintegrowanych oraz oddziaływań skoordynowanych, ponieważ trudności w uzyskaniu pomocy w ramach funkcjonującego w wielu krajach tradycyjnego systemu stwarzają dla osób z zaburzeniami psychicznymi ryzyko istotnego pogorszenia stanu zdrowia, jak również ich sytuacji socjalnej.

W Polsce działania na rzecz stopniowego odchodzenia od tradycyjnego – azylowego modelu opieki, m.in. przez tworzenie coraz liczniejszych form opieki pozaszpitalnej, mają wieloletnią tradycję. Założeniem zmian reorganizacyjnych jest wprowadzenie kompleksowej opieki psychiatrycznej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie pacjentów w środowisku, ze wsparciem rodziny, i okresowe korzystanie ze środowiskowych form opieki psychiatrycznej, np. oddziałów dziennych czy zespołów leczenia środowiskowego. Dopiero jednak przyjęcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) jako rozporządzenia (Dz. U. z 2016 r., poz. 546, 960 i 1245 [6–8]) do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. stworzyło szansę na przyspieszenie procesu przekształceń. Istotnym wskazaniem NPOZP jest to, że świadczeniodawcy mogą podpisywać umowy o współpracę i m.in. w ten sposób zapewniać pacjentom systemu kompleksową opiekę na danym terenie.

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 458 [9]) podstawową opiekę psychiatryczną ma zapewnić Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), działające docelowo na obszarze zamieszkanym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców. Należy pamiętać o tym, że CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień. W strukturze Centrum mają działać zespół ambulatoryjny (przychodnia), zespół środowiskowy (mobilny), zespół dzienny i zespół szpitalny. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, dostępny przez siedem dni w tygodniu, a w miarę możliwości przez całą dobę, powinien zapewniać szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową. Ustawodawca zakłada, że zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych (np. dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) będą udostępniane w miarę możliwości lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

Aktualnie na mocy dwóch rozporządzeń Ministra Zdrowia: z dnia 27 kwietnia 2018 r. (Dz. U., poz. 852) [10] oraz z dnia 11 września 2018 r. (Dz. U., poz. 1786) [11] wdrażany jest program pilotażowy Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), który potrwa trzy lata. Dwadzieścia osiem jednostek będzie testować organizacyjny model opieki środowiskowej proponowany przez NPOZP.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza jednostek organizacyjnych psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, dokonana na podstawie danych o świadczeniach sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2010–2016.

Material i metody

W prezentowanej pracy wykorzystano materiał z pierwszej edycji Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w zakresie zaburzeń psychicznych¹. W opracowaniu rozszerzono zakres danych przedstawionych w MPZ o dodatkowe lata – zanalizowano dane dla lat 2010–2016 (MPZ opublikowane w grudniu 2016 r. przedstawiają dane za 2014 rok, kolejna edycja, opublikowana w grudniu 2018 r., zawierała dane za rok 2016). Zastosowana w prezentowanym opracowaniu metodologia została szczegółowo opisana w pracy *Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia* [12].

Przedstawioną w opracowaniu analizę jednostek organizacyjnych opieki psychiatrycznej dorosłych podzielono na trzy części: (1) analiza liczby jednostek organizacyjnych; (2) wykorzystanie jednostek; (3) dostępność jednostek organizacyjnych. W części pierwszej podano liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej, oddziałów szpitalnych, oddziałów dziennych, opieki środowiskowej oraz izby przyjęć. Jako świadczeniodawcę zdefiniowano jednostkę organizacyjną udzielającą osobom dorosłym świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na terenie danego powiatu z powodu rozpoznania z grupy F według klasyfikacji ICD-10 – „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Wyszczególniono jednostki organizacyjne podstawowej (nieprofilowanej) opieki psychiatrycznej pod kątem ich potencjalnego działania w strukturze zalecanej przez ustawodawcę dla Centrum Zdrowia Psychicznego i na tych jednostkach skupiono się w dalszej analizie. Przywołano następujące formy opieki podstawowej²: poradnia zdrowia psychicznego – PZP (kod resortowy: 1700); oddział psychiatrii ogólnej (kod resortowy: 4700); oddział dzienny ogólny (kod resortowy: 2700); zespół leczenia środowiskowego – ZLS (kod resortowy: 2730); psychiatryczna izba przyjęć (kody resortowe: 4900, 4901). W opracowaniu uwzględniono izby przyjęć (IP), gdyż w obecnym systemie odgrywają one rolę doraźnej pomocy psychiatrycznej, dostępnej 24 godziny na dobę.

W drugiej części, dotyczącej wykorzystania jednostek organizacyjnych, przedstawiono ścieżki leczenia pacjentów dorosłych (18. rok życia lub więcej), tzn. pokazano, jaki odsetek pacjentów korzystał chociaż raz z poszczególnych typów jednostek organizacyjnych w analizowanych latach. Dodatkowo w odniesieniu do pacjentów, którym udzielono świadczenia w 2016 roku, zaprezentowano ścieżkę leczenia w latach 2010–2016. W tym wypadku pojawiają się wyłącznie informacje dotyczące pacjentów z 2016 roku, ponieważ dla tej kohorty dostępny jest najdłuższy horyzont obserwacji o wykorzystaniu jednostek organizacyjnych.

W trzeciej części wyników przywołano informacje o podstawowej (nieprofilowanej) opiece psychiatrycznej w 2016 roku. Ze względu na zapis dotyczący terytorialności, który definiuje zapewnienie dostępności do opieki psychiatrycznej w relatywnie bliskim

¹ <http://www.mpz.mz.gov.pl>.

² Kody resortowe odnoszą się do VIII części kodu resortowego komórki organizacyjnej szpitala i pochodzą z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594) [13].

śledztwie pacjenta, przeanalizowano współczynniki hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych ogólnych na 100 tys. mieszkańców powiatu w zależności od dostępności poszczególnych form opieki nieprofilowanej na terenie powiatu zamieszkania. Następnie przedstawiono oczekiwaną liczbę Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w poszczególnych województwach, przyjmując szacunkową liczbę 200 tys. mieszkańców objętych opieką przez jedno Centrum, zgodnie z zaleceniami zawartymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 458) [9], jak również przyjętą w programie pilotażowym. Dane GUS były źródłem informacji o liczbie ludności powyżej 17. roku życia.

Aby wstępnie, tzn. bez wprowadzania do obliczeń wysokości kontraktu, tj. liczby punktów, jakimi dysponuje placówka, oszacować dostępność PZP oraz ZLS, przedstawiono dodatkowo skorygowany wskaźnik liczby jednostek na 200 tys. mieszkańców uwzględniający samą liczbę dni tygodnia, w których jednostka funkcjonowała. Jeżeli formy te przez większość roku funkcjonowały przez co najmniej 5 dni w tygodniu, to zostały uwzględnione z wagą 1, jeżeli krócej – to z wagą równą liczbie dni funkcjonowania podmiotu podzieloną przez 5. Zatem poradnia/zespół leczenia środowiskowego funkcjonujące 1 dzień w tygodniu miały wagę 0,2, funkcjonujące 2 dni – wagę 0,4 itd.

Wyniki

Liczba jednostek organizacyjnych psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych

W Polsce funkcjonowało 1560 świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2016 roku. Podział na formy opieki w latach 2010–2016 przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2010–2016

Rok	Liczba świadczeniodawców									Liczba przyjęć
	Łącznie	Opieka ambulatoryjna		Oddział szpitalny		Oddział dzienny		Opieka środowiskowa		
		Łącznie	w tym PZP	Łącznie	w tym ogólny	Łącznie	w tym ogólny	Łącznie	w tym ZLS	
2016	1560	1389	1031	249	136	224	149	152	149	78
2015	1563	1395	1033	250	137	219	148	143	140	82
2014	1570	1404	1038	248	136	211	146	143	140	82
2013	1573	1407	1051	260	138	211	145	135	132	80
2012	1577	1411	1057	260	136	204	142	118	115	76
2011	1521	1377	1048	258	135	162	119	61	59	72

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

2010	1479	1347	1024	259	140	147	110	43	39	71
Zmiana 2016 vs. 2010 (w %)	5%	3%	1%	-4%	-3%	52%	35%	253%	282%	10%

W 2016 roku liczba wszystkich świadczeniodawców wzrosła o 5% w stosunku do roku 2010. W tym samym roku najwięcej świadczeniodawców udzielało świadczeń w poradniach dedykowanych zaburzeniom psychicznym i leczeniu uzależnień, z czego 74% stanowiły poradnie zdrowia psychicznego. Drugą najliczniejszą (pod względem liczby świadczeniodawców) formą opieki były wszystkie oddziały szpitalne (w szpitalach monospecjalistycznych, jak również funkcjonujące w szpitalach ogólnych), a następnie psychiatryczne oddziały dzienne. W 2016 roku największy wzrost pod względem liczebności jednostek odnotowano w wypadku ZLS – o 282% w stosunku do roku 2010. Wzrosła również liczba psychiatrycznych oddziałów dziennych ogólnych oraz nieznacznie liczba PZP – odpowiednio o 35% i 1%. Zmalała natomiast liczba oddziałów psychiatrycznych (o 4%), w tym liczba oddziałów ogólnych (o 3%).

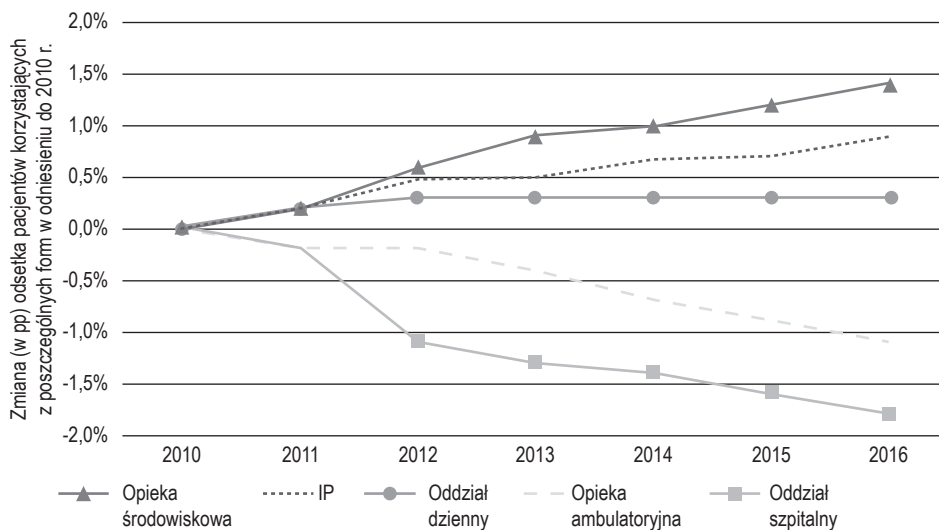
Wykorzystanie jednostek organizacyjnych psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych

Odsetek pacjentów, którzy w latach 2010–2016 korzystali z poszczególnych form leczenia, przedstawia tabela 2. Wykres 1 obrazuje zmiany wartości w poszczególnych latach w odniesieniu do roku 2010.

Tabela 2. **Odsetek pacjentów korzystających z poszczególnych form leczenia w latach 2010–2016**

Rok	Opieka ambulatoryjna	Oddział szpitalny	Oddział dzienny	Opieka środowiskowa	Liczba przyjęć
2016	90,8%	13,0%	1,6%	1,9%	2,9%
2015	91,0%	13,2%	1,6%	1,7%	2,7%
2014	91,2%	13,4%	1,6%	1,5%	2,7%
2013	91,5%	13,5%	1,6%	1,4%	2,5%
2012	91,7%	13,7%	1,6%	1,1%	2,5%
2011	91,7%	14,6%	1,5%	0,7%	2,2%
2010	91,9%	14,8%	1,3%	0,5%	2,0%

W latach 2010–2016 odsetek pacjentów korzystających z poszczególnych form leczenia ulegał niewielkim fluktuacjom. W 2016 roku pacjenci korzystali głównie z opieki ambulatoryjnej (blisko 91%), nieliczni zaś z opieki środowiskowej (1,9%) i dziennej (1,6%). Na wykresie 2 przedstawiono udział pacjentów korzystających ze świadczeń w ścieżkach leczenia (określonych kombinacjach form leczenia) w latach 2010–2016. Jeśli dana kombinacja obejmowała mniej niż 3% pacjentów, nie rozwijano dalej informacji.



Wykres 1. Zmiana odsetka pacjentów korzystających z poszczególnych form leczenia w latach 2010–2016 w odniesieniu do 2010 r. (w punktach procentowych)

W 2016 roku sprawozdano świadczenia dla ponad 1,5 mln pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych. W latach 2010–2016 spośród tej puli świadczeniobiorców 1,4 mln (94%) korzystało chociaż raz z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a blisko 319 tys. (21%) było przynajmniej raz hospitalizowanych. Z izby przyjęć korzystały najczęściej osoby, które korzystały również z ambulatorium i oddziałów całodobowych (59,1 tys., 4% wszystkich pacjentów). Z psychiatrycznych oddziałów dziennych najczęściej korzystały osoby, które były w poradni, ale nie korzystały z IP i oddziału szpitalnego (blisko 41 tys. pacjentów, 3% wszystkich pacjentów z 2016 r.). W latach 2010–2016 pacjenci stosunkowo rzadko korzystali z opieki środowiskowej (26,1 tys. pacjentów, niecałe 2%); najczęściej byli to pacjenci (14,5 tys., 1%) korzystający wyłącznie z opieki ambulatoryjnej. Zwraca uwagę fakt, że 1 mln pacjentów (68%), którzy w 2016 roku pojawili się w opiece psychiatrycznej finansowanej ze środków publicznych, korzystało w latach 2010–2016 wyłącznie z opieki ambulatoryjnej.

Dostępność jednostek organizacyjnych psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych

Liczbę hospitalizacji na 100 tys. ludności na oddziałach psychiatrycznych ogólnych, w zależności od dostępności – funkcjonowania na terenie powiatu różnych form podstawowej opieki psychiatrycznej – przedstawia tabela 3.

Liczba dorosłych pacjentów z rozpoznaniem z grupy „F” w 2016 r. [w tys.]	Czy pacjent korzystał z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w latach 2010-2016			Czy pacjent był hospitalizowany w oddziale całodobowym w latach 2010-2016			Czy pacjent korzystał z IP w latach 2010-2016			Czy pacjent korzystał z psychiatrycznych oddziałów dziennych w latach 2010-2016			Czy pacjent korzystał z opieki środowiskowej (ZLS) w latach 2010-2016					
	tak/nie	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów	tak/nie	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów	tak/nie	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów	tak/nie	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów	tak/nie	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów			
1 502,4	TAK	1 418,4	94%	TAK	318,9	21%	TAK	59,1	4%	TAK	9,8	1%						
										NIE	49,3	3%	TAK	2	0%			
										NIE	47,3	3%						
							NIE	259,8	17%	TAK	28,6	2%						
										NIE	231,1	15%	TAK	6,7	0%			
										NIE	224,5	15%						
				NIE	1099,5	73%	TAK	23,6	2%									
									NIE	1075,9	72%	TAK	40,9	3%	TAK	1,3	0%	
														NIE	39,6	3%		
													NIE	1035	69%	TAK	14,5	1%
														NIE	1020,5	68%		
	NIE	84,0	6%	TAK	60,5	4%	TAK	8,7	1%									
									NIE	51,8	3%	TAK	1,2	0%				
													NIE	50,6	3%	TAK	1,6	0%
														NIE	49	3%		
				NIE	23,5	2%												

Wykres 2. Korzystanie z różnych form opieki psychiatrycznej w latach 2010–2016 przez pacjentów, którym w 2016 roku udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych

Tabela 3. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności na oddziałach psychiatrycznych ogólnych (według miejsca zamieszkania) w zależności od dostępności do różnych form podstawowej opieki psychiatrycznej na terenie powiatu

Czy w powiecie zamieszkania funkcjonował/funkcjonowała:								Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności
Oddział psychiatryczny ogólny		Poradnia zdrowia psychicznego		Oddział dzienny ogólny		Zespół leczenia środowiskowego		
Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	
X		X			X		X	546,2227
X		X			X	X		498,5779
X		X		X			X	443,7435
X		X		X		X		424,6061
	X		X		X		X	380,5071
	X	X			X		X	360,0463
	X	X		X			X	354,9073
	X	X		X		X		343,1230
	X	X			X	X		331,3824

Najwyższy współczynnik hospitalizacji na oddziałach psychiatrii ogólnej, określony według miejsca zamieszkania, występuje w powiatach, gdzie dostępne były oddział psychiatryczny ogólny i poradnia zdrowia psychicznego, a nie funkcjonowały oddział dzienny psychiatryczny i zespół leczenia środowiskowego. Wśród powiatów, w których funkcjonował oddział psychiatryczny ogólny, najniższy współczynnik hospitalizacji odnotowywano na tym terenie, gdzie dostępne były wszystkie cztery formy opieki.

W tabeli 4 przedstawiono wstępną symulację liczby Centrów Zdrowia Psychicznego w poszczególnych województwach. Dodatkowo pojawiają się informacje o funkcjonujących w 2016 roku jednostkach organizacyjnych dysponujących jedną, dwiema, trzema lub czterema formami leczenia (oddziałem psychiatrii ogólnej, poradnią zdrowia psychicznego, oddziałem dziennym ogólnym, zespołem leczenia środowiskowego). Do symulacji włączono psychiatryczną izbę przyjęć jako piątą formę, ponieważ w obecnym systemie pełni ona funkcję doraźnej pomocy psychiatrycznej działającej przez 24 godziny na dobę.

Tabela 4. Symulacja liczby Centrów Zdrowia Psychicznego w województwach oraz liczba świadczeniodawców według posiadanych form leczenia na podstawie danych z 2016 roku

Województwo	Liczba dorosłej ludności w 2016 r. (w mln)	Liczba CZP jedno/200 tys.	Liczba świadczeniodawców według liczby posiadanych form leczenia				
			1	2	3	4	5
Dolnośląskie	2,4	12	81	15	7	1	2
Kujawsko-pomorskie	1,7	9	48	4	4	3	1
Lubelskie	1,7	9	39	8	6	1	2

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Lubuskie	0,8	5	28	6	2	1	0
Łódzkie	2,0	11	57	11	4	1	1
Małopolskie	2,7	14	61	16	5	2	1
Mazowieckie	4,4	22	100	13	7	3	4
Opolskie	0,8	5	29	5	1	1	0
Podkarpackie	1,7	9	32	10	3	2	1
Podlaskie	1,0	5	21	6	2	2	1
Pomorskie	1,9	10	29	13	9	1	1
Śląskie	3,8	19	118	15	10	5	1
Świętokrzyskie	1,0	6	28	4	1	1	1
Warmińsko-mazurskie	1,1	6	24	5	0	2	1
Wielkopolskie	2,8	14	94	14	5	0	1
Zachodniopomorskie	1,4	7	39	5	3	1	2
Polska	31,2	156	828	150	69	27	20

W 2016 roku najliczniejsza grupa świadczeniodawców ($n = 828$) dysponowała jedną formą leczenia, a na drugim miejscu pod względem liczebności znalazły się jednostki z dwiema formami leczenia ($n = 150$). Na terenie kraju funkcjonowało 20 jednostek, które dysponowały pięcioma formami organizacyjnymi. Ze wstępnej symulacji wynika, że w 2016 roku na terenie kraju powinno funkcjonować 156 CZP, z których każde obejmowałoby opieką 200 tys. mieszkańców.

W tabeli 5 przedstawiono liczbę świadczeniodawców dysponujących różnymi formami leczenia dla 200 tys. ludności, przy czym pokazano również skorygowaną liczbę świadczeniodawców dla PZP i ZLŚ, która uwzględnia liczbę dni funkcjonowania tych dwóch form leczenia.

Tabela 5. Liczba świadczeniodawców na 200 tys. ludności w 2016 roku oraz skorygowana liczba świadczeniodawców dla PZP i ZLŚ, która uwzględnia liczbę dni funkcjonowania tych dwóch form leczenia

Województwo	Liczba świadczeniodawców na 200 tys. dorosłej ludności				Skorygowana liczba świadczeniodawców na 200 tys. dorosłej ludności	
	PZP	Oddział psychiatryczny ogólny	Oddział dzienny ogólny	ZLŚ	PZP	ZLŚ
Dolnośląskie	8,51	0,83	1,17	1,17	6,29	0,82
Kujawsko-pomorskie	6,80	0,95	1,07	0,60	4,91	0,55
Lubelskie	5,95	1,05	0,93	1,63	5,11	1,42
Lubuskie	7,99	0,97	0,24	2,18	6,54	1,84
Łódzkie	7,15	0,88	0,69	0,78	5,70	0,69

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Małopolskie	5,08	0,88	1,10	1,69	4,09	1,49
Mazowieckie	5,53	0,64	0,69	0,64	4,56	0,58
Opolskie	7,82	0,98	1,22	0,73	5,86	0,73
Podkarpackie	5,54	0,94	1,06	0,94	5,19	0,50
Podlaskie	6,47	1,25	0,63	1,46	5,89	1,25
Pomorskie	5,17	1,08	1,40	1,61	4,76	1,14
Śląskie	7,77	0,90	1,33	0,32	6,13	0,31
Świętokrzyskie	6,67	0,59	0,39	1,18	5,89	0,98
Warmińsko- -mazurskie	5,06	1,05	1,05	0,52	4,29	0,45
Wielkopolskie	7,72	0,64	0,93	0,64	6,29	0,59
Zachodniopomorskie	7,20	1,01	0,58	0,72	5,64	0,60
Polska	6,61	0,87	0,96	0,96	5,38	0,79

W Polsce w 2016 roku na każde 200 tys. ludności funkcjonowało średnio siedem poradni zdrowia psychicznego, średnio jeden oddział psychiatryczny ogólny, jeden oddział dzienny ogólny i jeden zespół leczenia środowiskowego. Biorąc pod uwagę najczęściej podawaną liczbę dni tygodnia, w których funkcjonował świadczeniodawca, można stwierdzić, że na 200 tys. ludności funkcjonowało średnio pięć poradni. Największe różnice pomiędzy wskaźnikiem surowym i skorygowanym dla poradni zdrowia psychicznego można zaobserwować w województwach: dolnośląskim, opolskim i kujawsko-pomorskim, co świadczy o relatywnie dużej liczbie świadczeniodawców działających krócej niż pięć dni w tygodniu.

Dyskusja

Zdaniem autorów opracowania informacje na temat jednostek organizacyjnych psychiatrycznej opieki podstawowej funkcjonujących w Polsce w latach 2010–2016 oraz analiza ścieżek leczenia mogą być przydatne przy wdrażaniu reformy dotyczącej struktury psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Przed ponad dziesięcioma laty w opracowaniu pod redakcją Knappa i wsp. [14] autorzy zwrócili uwagę, że obszar zdrowia psychicznego jest najbardziej zaniedbanym zagadnieniem zdrowia publicznego i w znacznej części Europy pozostaje tematem tabu. Ich zdaniem istniejące uwarunkowania systemowe i organizacyjne, bariery społeczne oraz prawne powodowały wykluczenie społeczne osób z problemami psychicznymi, równoznaczne z pogorszeniem ich zdrowia i funkcjonowania. Wskazali przy tym na potrzebę rozwoju opieki środowiskowej, alternatywnej wobec modelu azylowego, sugerując, że łatwa z pozoru deinstytucjonalizacja nie oznacza rozwiązania kwestii sprawnego funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Z danych epidemiologicznych [15] wynika, że w krajach europejskich rozpowszechnienie dowolnego zaburzenia psychicznego w ciągu roku sięga 38%. Na pod-

stawie badania epidemiologicznego zrealizowanego na dziesięcioletniej próbie losowej ludności Polski w wieku 18–64 lat – EZOP Polska [16] można stwierdzić, że z wybranych ($n = 17$) powszechnych zaburzeń psychicznych według DSM-IV najczęściej występowały: nadużywanie alkoholu (10,90%), napady paniki (6,20%), fobie specyficzne (3,40%) oraz duża depresja (3,00%). Liczba pacjentów, którym w latach 2014–2016 udzielono świadczenia z powodu tych właśnie rozpoznań, systematycznie wzrastała [12]. W tym kontekście obserwowany w Polsce w latach 2010–2016 wzrost liczby świadczeniodawców o 5% służy zwiększeniu dostępności usług psychiatrycznych. Potwierdzeniem dużego zapotrzebowania na te usługi jest fakt, że w 2016 roku sprawozdano świadczenia dla ponad 1,5 mln pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, a 1,4 mln (94%) korzystało chociaż raz z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Warto zauważyć, że stwierdzony wzrost liczby świadczeniodawców dotyczy jednostek organizacyjnych opieki środowiskowej (największy w stosunku do 2010 r. odnotowano w wypadku zespołów leczenia środowiskowego – o 282%, dalej zaś dla psychiatrycznych oddziałów dziennych ogólnych – o 35% oraz dla opieki ambulatoryjnej – o 3%).

Z dostępnych opracowań wynika, że liczba łóżek psychiatrycznych stale się zmniejsza [3, 17–19], jednak przyczyny tego zjawiska są bardzo różne. Na przykład w Wielkiej Brytanii i we Włoszech powodem jest znaczny postęp, jaki dokonał się w zastępowaniu szpitali psychiatrycznych opieką środowiskową. W Albanii czy Turcji niewielka liczba łóżek odzwierciedla zaś brak funduszy i ogólny deficyt w świadczeniu usług w zakresie zdrowia psychicznego [17]. W latach 1990–2012 w jedenastu krajach europejskich (Austrii, Belgii, Danii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Niemczech, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii i we Włoszech) zaobserwowano znaczący spadek liczby łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców, odnotowano natomiast wzrost liczby łóżek w oddziałach psychiatrii sądowej prawie we wszystkich wymienionych krajach [3]. W krajach takich jak Belgia, Francja, Niemcy i Holandia system stacjonarnej opieki psychiatrycznej jest ściśle powiązany z wysoko rozwiniętą systemową opieką środowiskową [20]. W Polsce zaś obserwowana w latach 2010–2016 tendencja – spadek liczby oddziałów psychiatrycznych (o 4%) przy jednoczesnym wzroście liczby jednostek opieki środowiskowej – wskazuje na proces systematycznej deinstytucjonalizacji.

Z analizy przeprowadzonej przez Semrau i wsp. [17] wynika, że w Europie blisko 85% krajów zgłosiło funkcjonowanie oddziałów dziennych, ale w niektórych z nich oddziały te są umieszczone przy szpitalach psychiatrycznych, co przeczy zasadom opieki środowiskowej, z kolei w innych krajach liczba oddziałów dziennych jest bardzo ograniczona. Warto zauważyć, że w Polsce w 2016 roku na każde 200 tys. ludności funkcjonowały średnio jeden oddział dzienny, jeden zespół leczenia środowiskowego oraz pięć poradni zdrowia psychicznego. W świetle założeń skutecznej deinstytucjonalizacji dane te są zadowalające – należy unikać zamykania szpitali, gdy nie ma możliwości kontynuowania opieki w środowisku, zalecaniej dla pacjentów wypisywanych i tych „nowych”, wchodzących do systemu [1].

Natomiast trudno jednoznacznie zinterpretować fakt, że przy obserwowanym wysokim wzroście liczby zespołów leczenia środowiskowego oraz dość wysokim wzroście liczby oddziałów dziennych odsetek pacjentów korzystających z tych form leczenia

był niewielki – w opiece środowiskowej 1,9%, a w dziennej 1,6%. Być może przejście od opieki typu instytucjonalnego do opieki typu środowiskowego stanowi dużą zmianę w świadomości pacjentów i ich rodzin, którzy nie zawsze są zainteresowani miejscem leczenia będącym alternatywą dla szpitala [21]. W skrajnych przypadkach mamy do czynienia z „ofiarami” deinstytucjonalizacji [18] – z osobami z zaburzeniami psychicznymi, które znalazły się „poza systemem”, są bezdomne lub przebywają w więzieniu.

Analiza ścieżek leczenia w latach 2010–2016 wskazuje, że z izby przyjęć korzystali najczęściej pacjenci, którzy w analizowanych latach leczyli się również w poradni zdrowia psychicznego i byli hospitalizowani w oddziale całodobowym. Można przypuszczać, że dla tych osób dostępność wizyt w ambulatorium nie była wystarczająca, stąd izba przyjęć stanowiła miejsce, w którym uzyskiwały najszybszą, doraźną pomoc. Z psychiatrycznych oddziałów dziennych najczęściej korzystali pacjenci, którzy leczyli się w poradni, a nie korzystali z izby przyjęć i oddziału szpitalnego. Można założyć, że korzystanie z terapii w warunkach oddziału dziennego zapewniało potrzebującym skuteczną pomoc, która „chroniła” ich przed kolejnymi wizytami w izbie przyjęć i potrzebą hospitalizacji całodobowej. Założenie to znajduje potwierdzenie w obserwacji, że najwyższy współczynnik hospitalizacji na oddziałach psychiatrii ogólnej występuje w powiatach, gdzie dostępne były oddział psychiatryczny ogólny i poradnia zdrowia psychicznego, a nie funkcjonowały oddział dzienny psychiatryczny i zespół leczenia środowiskowego. Wśród powiatów, w których funkcjonował oddział psychiatryczny ogólny, najniższy współczynnik hospitalizacji odnotowywano na tym terenie, gdzie dostępne były wszystkie cztery formy opieki.

Z literatury przedmiotu wynika, że pomimo wielu prób promowania kompleksowych usług psychiatrycznych są one nadal fragmentaryczne [5], a pacjenci gubią się w systemie, narażając siebie i osoby im bliskie na poważne ryzyko zdrowotne i społeczne [22]. W Polsce w 2016 roku najliczniejsza grupa świadczeniodawców ($n = 828$) dysponowała jedną formą leczenia, natomiast tych, którzy dysponowali czterema formami organizacyjnymi, było na terenie kraju 27, a pięcioma – 20. Wynik ten oznacza, że w 2016 roku funkcjonowało niewiele podmiotów oferujących opiekę kompleksową. Z opracowania Kolwitz [23] wynika, że na wadliwe funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia wpływają: zbyt małe nakłady na ochronę zdrowia, monopol Narodowego Funduszu Zdrowia oraz brak konkurencji wśród ubezpieczycieli, nierówny status publicznych i niepublicznych świadczeniodawców, zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, a także słaba dostępność do opieki zdrowotnej. W tych warunkach jednostki starają się zapewnić kompleksowość opieki w ramach jednej instytucji poprzez finansowanie świadczeń przez płatnika w oparciu o opłatę za usługę lub poradę (*fee for service*), a nie w relacji ustalonej stawki za każdego pacjenta (*per capita*). Innym sposobem umożliwiającym zapewnienie kontynuacji opieki jest partnerstwo podmiotów w ramach projektu PO WER Ministerstwa Rozwoju. Skorzystały z niego m.in. Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie oraz Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ. Pozyskane dodatkowe środki finansowe pozwoliły na opracowanie i wdrożenie takich inicjatyw, jak „Bliżej Ciebie – model zintegrowanego leczenia i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi” (w Krakowie) oraz „” (we Wrocławiu).

Szerokie omówienie sposobów finansowania usług w opiece zdrowotnej przekracza ramy tej pracy, warto jednak wspomnieć o systemie płacenia za wyniki (*pay for performance* – P4P) [24]. Ocena skuteczności tego systemu nie jest jednoznaczna. Pelonero i Johnson [25] stwierdzili, że w psychiatrii ten sposób finansowania przyczynił się do istotnej poprawy jakości udzielanych świadczeń w następujących obszarach: koordynacji opieki, rozpoznawania uzależnień, wdrożenia leczenia w uzależnieniach, leczenia dużej depresji, przepływu informacji, współpracy z rodziną w psychiatrii dziecięcej. Nie zanotowano natomiast poprawy w zakresie satysfakcji pacjentów, ocenianej jako gotowość do zarekomendowania danego świadczeniodawcy członkowi rodziny lub znajomemu. Bremer i wsp. [26] po przeanalizowaniu 24 programów płacenia za wyniki (P4P) stwierdzili, że konieczne są dalsze, wszechstronne badania w celu ustalenia, czy należy szeroko stosować to rozwiązanie w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Ze wstępnej symulacji liczby Centrów Zdrowia Psychicznego – przy założeniu, że jedno obejmuje opieką populację 200 tys. mieszkańców – wynika, że świadczenia dla ludności dorosłej całego kraju powinno realizować 156 centrów. Uwzględniając potrzeby w skali powiatu, trzeba pamiętać o tym, że ich wielkość i liczba zamieszkującej je populacji są bardzo zróżnicowane: w 2016 roku 18% powiatów zamieszkiwało więcej niż 100 tys. dorosłej ludności, 47% powiatów – 50–100 tys. ludności, a 36% – mniej niż 50 tys. ludności. W treści rozporządzenia dotyczącego Centrów Zdrowia Psychicznego jest mowa o tym, że populacja objęta opieką przez jedno Centrum nie powinna przekraczać 200 tys. dorosłej ludności, a „pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej”. Autorzy opracowania sądzą zatem, że obecna infrastruktura pozwoli na spełnienie założeń odnośnie do dostępności Centrów Zdrowia Psychicznego. Należy jednak dążyć do zwiększenia dostępności do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, aby w pełni spełnić założenia reformy organizacyjnej. Sytuacja ta wymaga analizy uwzględniającej zasoby personalne i ekonomiczne, gdyż to, że świadczeniodawcy mogą podpisywać umowy o współpracę i w ten m.in. sposób zapewniać pacjentom systemu kompleksową opiekę na danym terenie, może okazać się rozwiązaniem niewystarczającym. Można się spodziewać, że wyniki prowadzonego aktualnie pilotażu centrów dostarczą wytycznych, które pozwolą na dopracowanie założeń oczekiwanej transformacji systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Przy ewaluacji programu pilotażowego należy zwrócić uwagę na dwa aspekty: zmianę finansowania usług, która polega na tym, że Centrum Zdrowia Psychicznego otrzymuje na realizację świadczeń tzw. ryczałt na populację – budżet globalny będący iloczynem stawki na mieszkańca i liczby mieszkańców danego terenu oraz na zasoby specjalistów i dostępność różnych form opieki na danym terenie.

Podstawowym ograniczeniem prezentowanej analizy jest to, że uwzględnia ona tylko formy opieki psychiatrycznej finansowane przez publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych – Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto w opracowaniu nie uwzględniono jednostek opieki profilowanej oraz takich form, jak domy pomocy społecznej, hostele czy mieszkania chronione. Aby uzyskać pełny obraz struktury organizacyjnej, wskazane byłoby przeanalizowanie zasobów personalnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych oraz uwzględnienie nakładów finansowych przeznaczonych

na opiekę psychiatryczną w jej różnych formach na przykładzie podobnych analiz, prowadzonych w innych krajach [18].

Wnioski

1. W Polsce w latach 2010–2016 liczba świadczeniodawców usług psychiatrycznych realizowanych w ramach umów z NFZ wzrosła o 5%.
2. W analizowanym okresie najprężniej rozwijały się zespoły leczenia środowiskowego – ich liczba wzrosła o 282%, jednak z formy tej korzystał znikomy odsetek pacjentów (1,9%).
3. Najwyższy współczynnik hospitalizacji na oddziałach psychiatrii ogólnej występował w powiatach, gdzie dostępne były oddział psychiatryczny ogólny i poradnia zdrowia psychicznego, a nie funkcjonowały oddział dzienny psychiatryczny i zespół leczenia środowiskowego.
4. W 2016 roku funkcjonowało niewiele podmiotów zapewniających opiekę kompleksową.
5. W 2016 roku na każde 200 tys. ludności funkcjonowało średnio pięć poradni zdrowia psychicznego, średnio jeden oddział psychiatryczny ogólny, jeden oddział dzienny ogólny i jeden zespół leczenia środowiskowego.
6. Ze wstępnej symulacji wynika, że w 2016 roku na terenie kraju powinno funkcjonować 156 Centrów Zdrowia Psychicznego, z których każde obejmowałoby opieką 200 tys. mieszkańców.
7. W celu uzyskania pełnego obrazu struktury organizacyjnej wskazane byłoby przeprowadzenie analizy dokładnego rozmieszczenia geograficznego jednostek, zasobów personalnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych oraz – na przykładzie podobnych analiz prowadzonych w innych krajach – uwzględnienie nakładów finansowych przeznaczanych na opiekę psychiatryczną w jej różnych formach.

Piśmiennictwo

1. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G i wsp. *WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care*. *World Psychiatry* 2010; 9(2): 67–77.
2. Chow WS, Priebe S. *Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review*. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 169. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>.
3. 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. <https://doi:10.1136/bmjopen-2015-010188>.
4. Hannigan B, Coffey M. *Where the wicked problems are: The case of mental health*. *Health Policy* 2011; 101(3): 220–227.
5. Ellis LA, Churrua K, Braithwaite J. *Mental health services conceptualized as complex adaptive systems: What can be learned?* *Int. J. Ment. Health Syst.* 2017; 11: 43. Doi: 10.1186/s13033-017-0150-6.

6. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 546).
7. Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 960).
8. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2016 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 1245).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 458).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego (Dz. U. poz. 852).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. w sprawie pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego (Dz. U. poz. 1786).
12. Anczewska M, Biechowska D, Gałęcki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Brancewicz B i wsp. *Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia*. Psychiatr. Pol. 2018; Online First Nr 109. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/92219>.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).
14. Knapp M, McDauid D, Mossialos E, Thornicrof G. *Mental health policy and practice across Europe: An overview*. W: Knapp M, McDauid D, Mossialos E, Thornicrof G red. *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead: Open University Press; 2007. S. 1–14. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf.
15. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B i wsp. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2011; 21(9): 655–679.
16. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27.
17. Semrau M, Barley EA, Law A, Thornicroft G. *Lessons learned in developing community mental health care in Europe*. World Psychiatry 2011; 10(3): 217–225.
18. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. *Community mental health care worldwide: Current status and further developments*. World Psychiatry 2016; 15(3): 276–286.
19. World Health Organization. *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
20. World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
21. Prot K, Anczewska M, Indulska A, Raduj J, Pałyska M. *Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(6): 799–809.
22. Rosenberg S, Hickie I. *Managing madness: Mental health and complexity in public policy*. Evidence Base 2013; 2013(3): 1–19.
23. Kolwitz M. *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2010; 56(3): 131–143.
24. Sobczak A, Grudziąż-Sękowska J. *Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki: specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania*. Problemy Zarządzania 2011; 9(3): 153–168.

25. Pelonero ALA, Johnson RL. *Economic grand rounds: Pay-for-performance program for behavioral health care practitioners*. Psychiatr. Serv. 2007; 4(58): 442–444.
26. Bremer RW, Scholle SA, Keyser D, Knox Houtsinger JV, Pincus HA. *Pay for performance in behavioral health*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(12): 1419–1429.

Artykuł został przygotowany 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. Projekt realizuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, a jego celem jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie decyzji zarządczych.

Adres: Katarzyna Kucharska
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14
e-mail: k.kucharska@uksw.edu.pl

Otrzymano: 12.06.2019
Zrecenzowano: 12.07.2019
Otrzymano po poprawie: 26.07.2019
Przyjęto do druku: 20.08.2019