

Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia

Analysis of psychiatric services provided to adults in 2010–2014 based on the National Health Fund data

Marta Anczewska¹, Daria Biechowska¹, Piotr Gałęcki²,
Małgorzata Janas-Kozik³, Beata Koń^{4,5},
Blanka Skrzypkowska-Brancewicz⁶, Anna Śremska⁷, Filip Urbański⁴,
Barbara Więckowska^{4,8}, Mariusz Zięba⁴, Katarzyna Kucharska¹

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

² Oddział Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³ Oddział kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wiekowej, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice oraz Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

⁴ Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

⁵ Kolegium Analiz Ekonomicznych, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

⁶ Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed Sp. z o.o., s.k. w Gdańsku

⁷ Wojewódzki Szpital Psychiatryczny, Łódź

⁸ Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Summary

Aim. Analyzing the indices that allow to improve population health by, for example, improving the quality of healthcare services and increasing accessibility to these services is among the priorities of the World Health Organization (WHO). This is of particular importance in Poland, as the psychiatric care reform is being carried out in accordance with the National Mental Healthcare Program guidelines.

The aim of the study is to analyze mental health services provided to adults and reported to the National Health Fund in 2010–2014.

Methods. In the present study, we expanded the information included in the second part of the maps of health needs. In addition to the evaluation of services provided to adults in 2014, we presented an analysis of services in 2010–2014. According to these data, there was a continuous increase both in the number of individuals provided with services for psychiatric

disorders and in the total number of provided services. There was an increase in the number of patients treated for mood disorders, neurotic disorders, stress-related and somatic disorders, as well as addictions.

Results. The increase in the total number of services was mainly seen for outpatient types of care. The reasons why in 2014 there was a resurgence in psychiatric hospitalizations and in the hospitalization rate per 100 thousand adults remains unclear.

Conclusions. Our results indicate the need for further support of the development of psychiatric care using multidirectional efforts within an integrated model for solving health problems. An overall analysis of services provided in psychiatric care requires access to information on services funded from non-public sources and expanding the reported information.

Słowa klucze: świadczenia psychiatryczne w Polsce, mapy potrzeb zdrowotnych

Key words: psychiatric services in Poland, maps of health needs

Wprowadzenie

Wyniki badania przeprowadzonego w 27 państwach Unii Europejskiej, Szwajcarii, Islandii i Norwegii [1] wskazują, że każdego roku u 164,8 milionów mieszkańców (38,2%) występują zaburzenia psychiczne. Z wcześniejszych badań [2] wynika, że indywidualne, społeczne i ekonomiczne koszty generowane przez te zaburzenia są większe od ponoszonych w związku z cukrzycą czy chorobami nowotworowymi. Zaburzenia psychiczne są wymieniane na czwartym miejscu w rankingu medycznych przyczyn niepełnosprawności [3]. Mogą prowadzić do wykluczenia społecznego [4] lub przedwczesnej śmierci z powodu aktów samobójczych [5] bądź współwystępujących chorób somatycznych [6]. W tym kontekście systematyczne badanie wskaźników epidemiologicznych jest wskazane z punktu widzenia zdrowia publicznego, ochrony zdrowia psychicznego oraz polityki zdrowotnej i społecznej. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych oraz większa do nich dostępność jest jednym z priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W Polsce ma to szczególnie istotne znaczenie w okresie reformy opieki psychiatrycznej, zgodnej z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [7, 8].

W Polsce, jak do tej pory, nie prowadzi się w populacji generalnej systematycznych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych. Badanie zatytułowane „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” [9, 10] zrealizowano na dziesięciotysięcznej próbie losowej mieszkańców, stosując narzędzie o nazwie Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (*Composite International Diagnostic Interview – CIDI*). Oszacowano rozpowszechnienie w ciągu życia wybranych (według klasyfikacji DSM-IV) zaburzeń psychicznych, takich jak: nadużywanie alkoholu, uzależnienie od alkoholu, nadużywanie substancji psychoaktywnych (poza alkoholem i nikotyną), uzależnienie od substancji psychoaktywnych (poza alkoholem i nikotyną), duża depresja, mała depresja, dystymia, zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, mania, hipomania, napady paniki, agorafobia z napadami lub bez napadów paniki, zaburzenie paniczne, fobie specyficzne, fobia społeczna, zaburzenie lękowe uogólnione. W 2017 roku rozpoczęło się badanie zatytułowane „Kompleksowe

badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”, które ma m.in. ocenić rozpowszechnienie w ciągu życia zaburzeń psychotycznych.

Dostępne informacje zarówno na temat rozpowszechnienia wszystkich zaburzeń psychicznych, jak i udzielonych świadczeń pochodzą z roczników statystycznych publikowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Roczniki te powstają na podstawie danych z raportów placówek lecznictwa, przesyłanych rokrocznie w postaci urzędowych dokumentów [11]. Innym źródłem informacji dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania mieszkańców Polski i zrealizowanych świadczeń są cykliczne raporty opracowywane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie informacji zawartych w Statystyce Publicznej [12, 13].

W 2016 roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało dokumenty zatytułowane „Mapy potrzeb zdrowotnych” [14], w których jedną z analizowanych grup chorób były zaburzenia psychiczne. Celem map jest ocena bieżących i prognozowanych potrzeb zdrowotnych ludności. Zgodnie z zapisami ustawy [15] (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138) mapy mają być wykorzystywane do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej i wydawania opinii o celowości inwestycji. Powinny być uwzględniane przez wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Mapy potrzeb zdrowotnych zostały opracowane dla poszczególnych województw i składają się z trzech części: aspektów demograficznych i epidemiologicznych, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz. Część pierwsza zawiera m.in. informacje na temat szacowania wskaźników epidemiologicznych, współczynników chorobowości oraz umieralności. W części drugiej przedstawiono informacje o świadczeniach udzielonych osobom dorosłym i dzieciom, które zostały wykazane do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2014 roku. Część trzecia odnosi się do prognozy zapadalności rejestrowanej.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym i sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2010–2014.

Material i metody

W prezentowanej pracy autorzy rozszerzyli informacje zawarte w części drugiej map potrzeb zdrowotnych – oprócz oceny świadczeń udzielonych osobom dorosłym w 2014 roku przedstawiono analizę świadczeń z lat 2010–2014 łącznie.

W opracowaniu, tak jak i w mapach potrzeb zdrowotnych, wykorzystano bazę danych Narodowego Funduszu Zdrowia, która zawiera identyfikator pacjenta (kod PESEL) oraz informacje o udzielonych mu świadczeniach na terenie całej Polski. Świadczenia w psychiatrycznej opiece zdrowotnej zostały zdefiniowane jako świadczenia sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umowy pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w ramach

lecznictwa zamkniętego i otwartego. Dodatkowo wybrano te świadczenia, gdzie główną przyczyną ich udzielenia były rozpoznania z grupy „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” (kod rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 rozpoczynający się od litery F).

W opracowaniu nie wykorzystano informacji o świadczeniach udzielonych w komórkach podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na niską jakość sprawozdanych danych. W odróżnieniu od map potrzeb zdrowotnych nie analizowano informacji o świadczeniach udzielonych w ramach innych umów niż umowa na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (np. świadczeń udzielonych w oddziałach neurologicznych z powodu zaburzeń psychicznych) ze względu na ich znikomą liczbę.

Przedstawiona analiza dotyczy świadczeń udzielonych osobom dorosłym, tj. osobom, które w roku zakończenia udzielania świadczenia miały zgodnie z datą urodzenia co najmniej 18 lat. Na potrzeby analizy rozpoznania zaburzeń psychicznych według ICD-10 zostały podzielone na 9 grup z następującymi kodami rozpoznania:

- 1) zaburzenia organiczne (F00–F07, F09);
- 2) uzależnienia (F10–F19, F63);
- 3) schizofrenia (F20, F21, F25);
- 4) psychozy inne niż schizofrenia (F22–F24, F28–F29);
- 5) zaburzenia nastroju (F30–F34, F38–F39);
- 6) zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F45, F48);
- 7) zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F62, F68, F69);
- 8) upośledzenie umysłowe (F70–F79);
- 9) inne, w tym: zaburzenia odżywiania (F50), zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F51, F53–F55, F59), identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych (F52, F64–F66), zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80–F84, F88, F89), zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–F95, F98), zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej (F99).

Sprawozdane świadczenia przeanalizowano pod kątem miejsca ich udzielenia. Komórka organizacyjna była identyfikowana na podstawie kodów [16] według następujących kategorii:

- ambulatoryjna opieka psychiatryczna (kod: 1700, 1701, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1710, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1780, 1790, 1791);
- całodobowy oddział psychiatryczny (kod: 4700, 4701, 4704, 4705, 4707, 4710, 4712, 4714, 4716, 4740, 4741, 4742, 4744, 4746, 4747, 4748, 4754);
- rehabilitacja psychiatryczna (kod: 4702, 4703, 4750, 4751, 4756);
- psychiatria sądowa (kod: 4730, 4732, 4733, 4736, 4737);
- psychiatryczny oddział dzienny (kod: 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2706, 2708, 2712, 2713, 2714, 2715, 2740);

- zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ) (kod: 2730, 2731, 2732, 2733, 2734);
- hostel psychiatryczny (kod: 2720, 2721, 2724, 2726);
- zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL)/zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) (kod: 5162, 5163, 5171, 5172, 5173);

W analizie świadczeń w wypadku całodobowego oddziału psychiatrycznego, zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL)/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (ZPO), psychiatrii sądowej, hostelu psychiatrycznego oraz rehabilitacji psychiatrycznej świadczenie jest tożsame z hospitalizacją. W wypadku ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, zespołu leczenia środowiskowego (ZLŚ) oraz izby przyjęć/SOR świadczenie oznacza poradę. W wypadku psychiatrycznego oddziału dziennego jedno świadczenie oznacza cykl pojedynczych porad w oddziale dziennym, gdzie przerwa pomiędzy końcem jednej porady i początkiem drugiej trwa nie dłużej niż 7 dni.

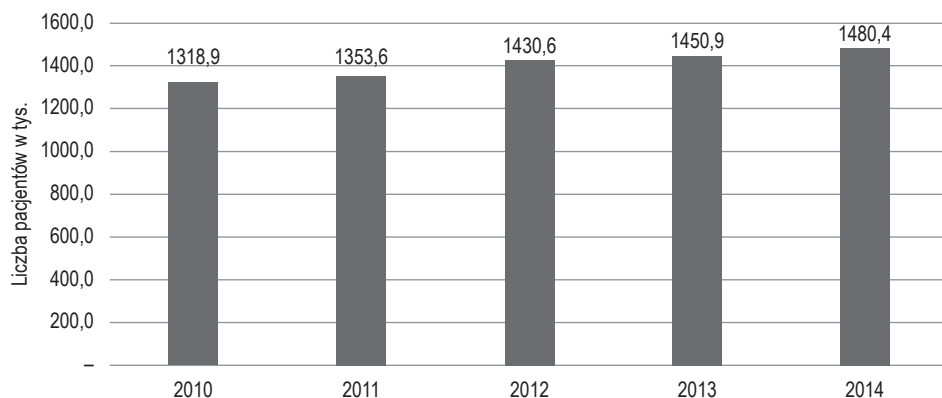
W opracowaniu wzięto pod uwagę podstawowe wskaźniki demograficzne pacjentów – płeć, wiek i miejsce zameldowania. Podział na miasto i wieś został wyszczególniony na podstawie trzeciej cyfry trzeciego członu identyfikatora terytorialnego [17]. Do grupy „miasto” zaliczono te jednostki terytorialne, gdzie jako trzecia cyfra trzeciego członu występowała wartość 1, 4, 6, 7, 8, 9. W wypadku wsi były to wartości 2, 3, 5.

Wyniki

Pacjenci – wybrane wskaźniki

Liczbę pacjentów, dla których sprawozdano świadczenia psychiatryczne w latach 2010–2014, przedstawia wykres 1.

W 2014 roku dla blisko 1,5 mln pacjentów (ok. 5% populacji dorosłych) sprawozdano świadczenia udzielone z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W latach 2010–2014 zwraca uwagę systematyczny wzrost (o 12%) liczby pacjentów



Wykres 1. Liczba osób (w tys.), którym w latach 2010–2014 udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych w systemie płatnika publicznego

korzystających z różnych form leczenia psychiatrycznego. Byli to pacjenci, którzy korzystali głównie z poradni specjalistycznych – w 2010 roku około 97%, w latach 2011–2014 około 96% pacjentów chociaż raz korzystało z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. W latach 2010–2011 około 19%, a w latach 2012–2014 około 18% pacjentów przynajmniej raz przebywało w całodobowym oddziale psychiatrycznym.

Strukturę demograficzną pacjentów ze względu na płeć i miejsce zameldowania, korzystających ze wszystkich analizowanych form leczenia psychiatrycznego w latach 2010–2014, przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Płeć i miejsce zameldowania pacjentów korzystających ze wszystkich analizowanych form leczenia psychiatrycznego w latach 2010–2014

Rok	Płeć		Miejsca zameldowania	
	% kobiet	% mężczyzn	% pacjentów zameldowanych w mieście	% pacjentów zameldowanych na wsi
2010	54,5	45,5	70,9	29,1
2011	55,2	44,8	70,3	29,7
2012	56,2	43,8	70,1	29,9
2013	56,3	43,7	69,7	30,3
2014	56,4	43,6	68,9	31,1

W latach 2010–2014 proporcja korzystających ze świadczeń psychiatrycznych kobiet i mężczyzn była zasadniczo stabilna (blisko 56% kobiet, 44% mężczyzn). Wśród świadczeniobiorców osoby zameldowane w mieście stanowiły zdecydowanie licniejszą grupę (blisko 70%); w analizowanych latach proporcja ta utrzymywała się na tym samym poziomie.

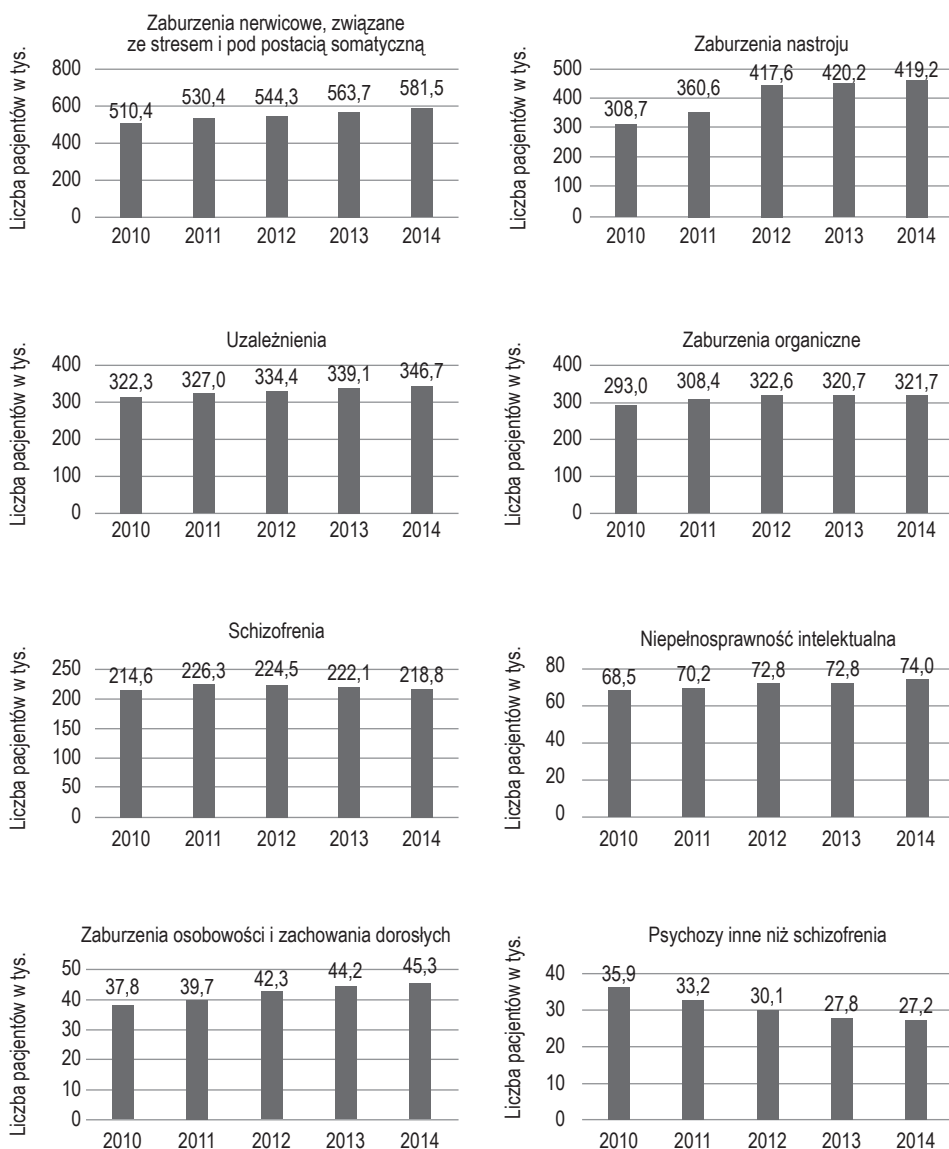
W dalszej kolejności określono liczbę pacjentów korzystających w latach 2010–2014 z wszystkich analizowanych form leczenia psychiatrycznego, w zależności od rozpoznania. Wyniki procentowe ilustruje tabela 2, liczby bezwzględne – wykres 2.

Tabela 2. Udział procentowy pacjentów według rozpoznań w latach 2010–2014

Grupa rozpoznań	Rok				
	2010	2011	2012	2013	2014
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	28%	27%	27%	27%	28%
Zaburzenia nastroju	17%	19%	21%	20%	20%
Uzależnienia	18%	17%	16%	17%	17%
Zaburzenia organiczne	16%	16%	16%	16%	16%
Schizofrenia	12%	12%	11%	11%	11%
Upośledzenie umysłowe	4%	4%	4%	4%	4%
Inne	2%	2%	2%	2%	2%
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2%	2%	2%	2%	2%
Psychozy inne niż schizofrenia	2%	2%	1%	1%	1%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

W 2014 roku najliczniejszą grupę pacjentów, dla której sprawozdano świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia we wszystkich analizowanych formach leczenia psychiatrycznego, stanowili pacjenci z rozpoznaniem: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (28%). Na drugim miejscu pod względem liczebności znalazły się osoby z rozpoznaniem zaburzeń nastroju (20%),



Wykres 2. Liczba pacjentów według rozpoznań w latach 2010–2014

dalej zaś – uzależnień (17%), zaburzeń organicznych (16%) i schizofrenii (11%). Proporcje te były stabilne w ciągu analizowanych lat.

W latach 2010–2014 zwraca uwagę systematyczny wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju (wzrost o 36% – 110,5 tys. pacjentów), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (wzrost o 20% – 7,5 tys. pacjentów), zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (wzrost o 14% – 71,7 tys. pacjentów), zaburzeń organicznych (wzrost o 10% – 28,7 tys. pacjentów) oraz uzależnień (wzrost o 8% – 24,3 tys. pacjentów). Przy czym odnotowano systematyczny spadek liczby pacjentów z rozpoznaniem psychozy innej niż schizofrenia (spadek o 24% – 8,7 tys. pacjentów).

Liczbę pacjentów w analizowanych latach w zależności od płci i rozpoznania przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Liczba pacjentów (w tys.) według płci i rozpoznania w latach 2010–2014

Rok	2010		2011		2012		2013		2014	
Grupy rozpoznań	Płeć									
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Schizofrenia	113,2	101,5	119,7	106,5	118,4	106,1	116,3	105,8	113,7	105,1
Zaburzenia nastroju	224,9	83,8	263,1	97,5	306,8	110,8	307,6	112,6	306,8	112,4
Zaburzenia organiczne	151,3	141,7	162,7	145,6	173,2	149,5	172,1	148,5	173,2	148,5
Upośledzenie umysłowe	29,9	38,6	30,7	39,5	32,0	40,8	32,1	40,7	32,7	41,3
Psychozy inne niż schizofrenia	21,1	14,9	19,8	13,4	17,8	12,3	16,4	11,4	15,7	11,6
Uzależnienia	67,4	255,0	69,8	257,3	72,8	261,6	74,5	264,6	75,0	271,7
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	342,7	167,7	357,1	173,2	371,1	173,2	384,8	178,9	400,3	181,2
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	18,4	19,4	20,1	19,6	22,4	20,0	23,8	20,4	24,7	20,7

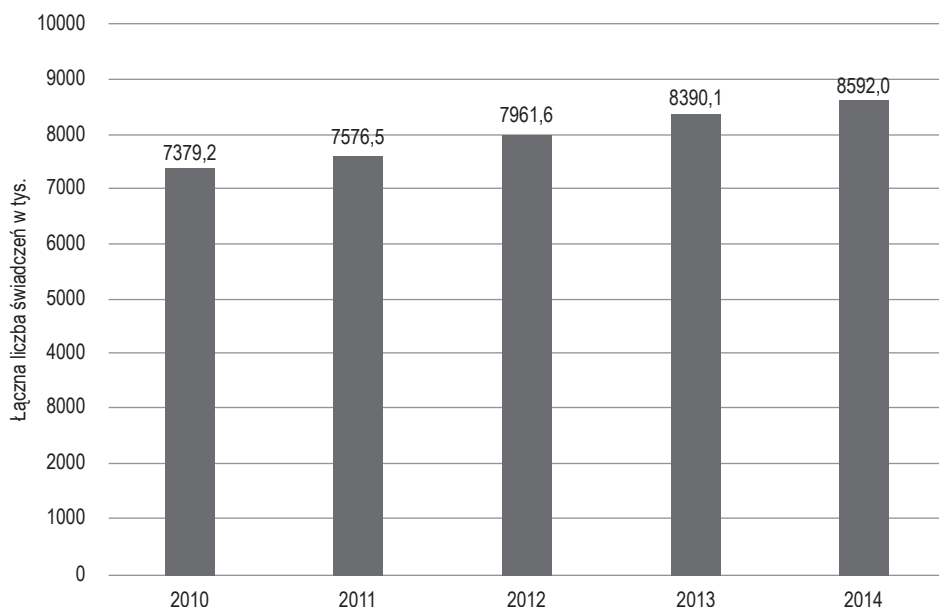
W analizowanych latach znacząco większą liczbę kobiet odnotowano w grupie świadczeniobiorców z rozpoznaniem: zaburzenia nastroju (2,7 razy więcej kobiet niż mężczyzn), zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (2,2 razy więcej), psychozy inne niż schizofrenia (1,35 razy więcej), zaburzenia osobowości (1,19 odpowiednio) i zaburzenia organiczne (1,17 odpowiednio). Z kolei większą liczbę mężczyzn odnotowano wśród pacjentów z rozpoznaniem: uzależnienia (3,6 razy więcej mężczyzn niż kobiet) oraz upośledzenie umysłowe (1,2 razy mężczyzn niż kobiet).

Medianę wieku pacjentów w grupach rozpoznań przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Mediana wieku pacjentów w grupach rozpoznań w latach 2010–2014

Grupa rozpoznań	2010	2011	2012	2013	2014
Schizofrenia	47	47	48	48	48
Zaburzenia nastroju	53	53	53	53	54
Zaburzenia organiczne	59	60	62	62	63
Upośledzenie umysłowe	37	37	37	37	37
Psychozy inne niż schizofrenia	52	53	53	53	53
Uzależnienia	43	43	43	42	42
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	44	43	43	43	43
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	32	32	33	33	33

Najmłodszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem „zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych”, najstarszą – z rozpoznaniem „zaburzenia organiczne”; w 2014 roku różnica pomiędzy medianą wieku pacjentów w tych grupach wynosiła 30 lat. Największe zmiany w medianie wieku pacjentów zaobserwowano w grupie „zaburzenia organiczne” (wzrost mediany o 4 lata w latach 2010–2014).



Wykres 3. Łączna liczba świadczeń psychiatrycznych (w tys.) w latach 2010–2014

Wybrane wskaźniki organizacyjne

Informacje na temat świadczeń sprawozdanych dla pacjentów we wszystkich analizowanych formach leczenia przedstawia wykres 3.

Liczba świadczeń udzielona pacjentom z powodu zaburzeń psychicznych systematycznie wzrastała w latach 2010–2014, osiągając w 2014 roku liczbę blisko 8,6 miliona świadczeń, czyli o blisko 16% więcej niż w 2010 roku.

Liczbę sprawozdanych w latach 2010–2014 świadczeń w zależności od miejsca ich udzielania przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Liczba świadczeń psychiatrycznych (w tys.) w zależności od miejsca ich udzielania w latach 2010–2014

Rodzaj lecznictwa	Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	% zmiany w latach 2010–2014
Lecznictwo zamknięte	całodobowy oddział psychiatryczny	278,7	260,8	252,5	253,3	258,0	-7
	izba przyjęć/SOR	31,8	35,9	43,0	45,4	49,5	56
	rehabilitacja psychiatryczna	11,0	9,8	9,9	10,4	10,3	-6
	psychiatria sądowa	2,0	2,2	2,4	2,7	2,9	46
	ZOL/ZPO	8,6	8,0	7,7	6,8	7,2	-15
	hostel psychiatryczny	0,7	0,7	0,8	1,0	1,0	42
Lecznictwo otwarte	ambulatoryjna opieka psychiatryczna	6880,2	7058,9	7419,9	7787,4	7948,5	16
	ZLŚ	97,9	133,0	187,5	244,8	269,8	175
	oddział dzienny	28,8	32,4	37,2	39,6	46,0	60
RAZEM		7397,2	7576,5	7961,6	8390,1	8592	16

W wierszu „RAZEM” została przedstawiona liczba świadczeń bez podziału na wymienione w tabeli kategorie.

W ciągu lat 2010–2014 najwięcej świadczeń udzielano w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej (blisko 90%), w całodobowych oddziałach psychiatrycznych (3–4%) oraz w zespołach leczenia środowiskowego (1–3%). Zwraca uwagę bardzo duża tendencja wzrostowa w obszarze świadczeń udzielonych w zespołach leczenia środowiskowego (ZLŚ) – o 175%, stosunkowo wysoka w oddziałach dziennych – o 60% i w izbach przyjęć/szpitalnych oddziałach ratunkowych – o 56%. Zanotowano spadek liczby świadczeń udzielonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL)/zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) – o 15% i niewielki spadek w całodobowych oddziałach psychiatrycznych – o 7% oraz rehabilitacji psychiatrycznej – o 6%.

W tabeli 6 przedstawiono liczbę świadczeń przypadającą w latach 2010–2014 na jednego pacjenta w zależności od formy leczenia.

Tabela 6. Liczba świadczeń przypadająca w latach 2010–2014 na jednego pacjenta w zależności od formy leczenia

Rodzaj lecznictwa	Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	% zmiany w latach 2010–2014
Lecznictwo zamknięte	całodobowy oddział psychiatryczny	1,47	1,36	1,33	1,34	1,34	-8
	izba przyjęć/SOR	1,2	1,22	1,23	1,24	1,24	3
	rehabilitacja psychiatryczna	1,48	1,41	1,36	1,35	1,31	-12
	psychiatria sądowa	1,12	1,13	1,12	1,18	1,15	3
	ZOL/ZPO	1,41	1,26	1,17	1,13	1,13	-20
	hostel psychiatryczny	1,23	1,23	1,22	1,24	1,2	-2
Lecznictwo otwarte	ambulatoryjna opieka psychiatryczna	5,68	5,69	5,66	5,87	5,89	4
	ZŁŚ	16,21	13,55	11,58	11,86	11,76	-27
	oddział dzienny	1,14	1,37	1,17	1,22	1,13	-0,3
RAZEM		5,59	5,60	5,57	5,78	5,80	4%

W wierszu „RAZEM” została przedstawiona liczba świadczeń bez podziału na wymienione w tabeli kategorie.

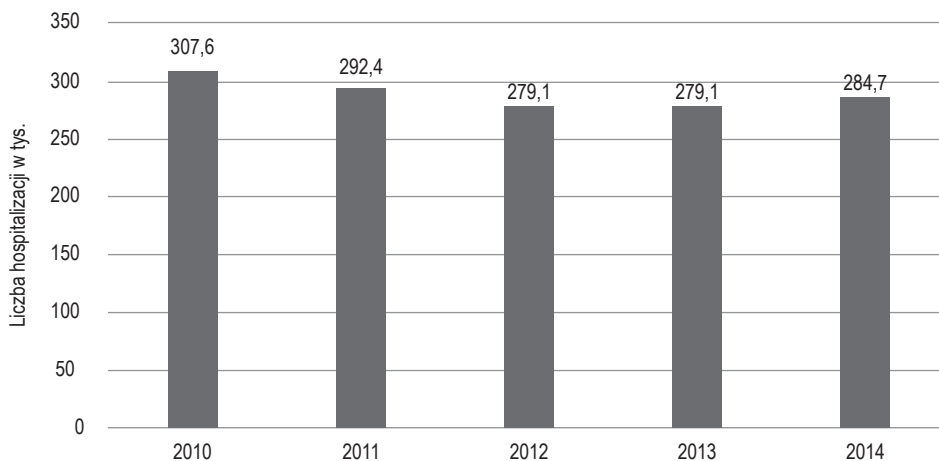
W latach 2010–2014 każdy pacjent otrzymał w danym roku średnio około 6 świadczeń, głównie w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, gdzie udzielano mu świadczenia średnio co dwa miesiące. W 2010 roku średnio najwięcej świadczeń na pacjenta przypadało w zespole leczenia środowiskowego, przy czym liczba ta w 2014 roku obniżyła się o 27%.

Na wykresie 4 przedstawiono informacje o hospitalizacjach w latach 2010–2014. Wyodrębnienie tej grupy świadczeń wynika ze znaczącego obciążenia systemu tą formą opieki. Warto zauważyć, że są to wszystkie hospitalizacje sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia, zarówno w całodobowych oddziałach psychiatrycznych (88%), oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej (3,3%), psychiatrycznych oddziałach dziennych (2,6%), jak i w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (2,1%). Hospitalizacje w innych komórkach niż wymienione stanowiły 4%.

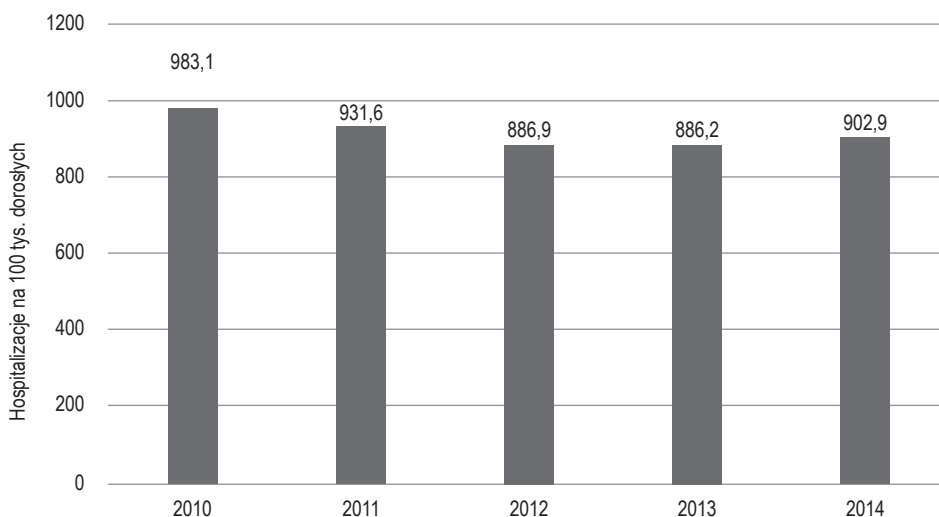
W latach 2010–2012 liczba hospitalizacji psychiatrycznych systematycznie spadała. W 2013 roku była na tym samym poziomie co w 2012 roku, wzrosła ponownie w 2014 roku, nie osiągając jednak wartości z lat 2010–2011.

W analizowanych latach wskaźnik liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłej ludności przedstawia wykres 5.

Wskaźnik liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych w latach 2010–2014 spadał systematycznie do roku 2013, natomiast wzrósł w 2014 roku, nie osiągając wartości z lat 2010–2011 roku. Spadek wskaźnika w latach 2010–2013 wyniósł 8%.



Wykres 4. Liczba hospitalizacji (w tys.) w latach 2010–2014



Wykres 5. Liczba hospitalizacji na 100 tys. dorosłych w latach 2010–2014

Dyskusja

Badanie wskaźników pozwalających na poprawę zdrowia populacji przez m.in. poprawę jakości świadczeń oraz większą ich dostępność jest jednym z priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [18]. Jest to, naszym zdaniem, szczególnie ważne w okresie reformy opieki psychiatrycznej, zgodnej z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ustawowe umocowanie kolejnych edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) [7, 8] stwarza szansę na przyspieszenie procesu przekształceń oraz zmiany w zasobach opieki psychiatrycznej w celu „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej blisko miejsca ich zamieszkania oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym” [8]. W tym kontekście wyniki naszego badania – analizy świadczeń psychiatrycznych sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia – mają znaczenie praktyczne.

Z analizy świadczeń sprawozdanych w latach 2010–2014 do Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że systematycznie wzrastała zarówno liczba osób, którym udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych (w ciągu pięciu lat o 12%), jak i łączna liczba udzielonych świadczeń (o blisko 16% w tym samym okresie). Ponadto w analizie prowadzonej pod kątem grup rozpoznań, z powodu których udzielano świadczeń, ujawniono, że wzrosła liczba pacjentów leczących się z powodu zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, a także uzależnień. W danych sprawozdawanych płatnikowi brakuje informacji, które pozwoliłyby na jednoznaczną interpretację uzyskanych wyników – można jedynie przypuszczać, że wpłynęła na nie sytuacja ekonomiczna i społeczna kraju.

W analizowanym okresie utrzymywały się znaczące różnice dotyczące liczby kobiet i mężczyzn korzystających z opieki psychiatrycznej – zanotowano większy udział kobiet (blisko 56%) wśród świadczeniobiorców. Są to różnice obserwowane również w innych krajach [19]. Istnieje zatem konieczność uwzględnienia obu tych czynników (profilowania świadczeń pod względem rozpoznania i płci pacjentów) w organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

To, że osoby zameldowane w mieście stanowiły zdecydowanie liczniejszą grupę wśród pacjentów (blisko 70%) – choć odzwierciedla porównanie procentowe ludności miast (blisko 60%) i wsi (40%) [20] – może wskazywać na łatwiejszy dostęp do specjalistycznych świadczeń w aglomeracjach miejskich. W ciągu pięciu lat ta proporcja utrzymywała się na tym samym poziomie, a więc można przypuszczać, że niewiele zmieniło się w tym obszarze funkcjonowania opieki psychiatrycznej.

Obserwowany w latach 2010–2014 wzrost łącznej liczby wykazanych świadczeń dotyczy głównie otwartych form leczenia, takich jak oddziały dzienne, zespół leczenia środowiskowego czy ambulatoryjna opieka psychiatryczna (w poradniach pacjenci korzystali z usług średnio co dwa miesiące). Zwraca uwagę znacząca tendencja wzrostowa w obszarze świadczeń udzielonych w zespołach leczenia środowiskowego – o 175%. Ten wynik można by uznać za wskaźnik pozytywnych zmian organizacyjnych – realizowania usług w środowisku pacjenta, gdyby nie trudny do interpretacji fakt, że w 2014 roku liczba hospitalizacji psychiatrycznych (284,7 tys.) oraz wskaźnik liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych (902,9), mające początkowo tendencję spadkową, ponownie wzrosły. Dla porównania liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności w wieku 15+ według danych Eurostatu (2015) wynosiła w Niemczech ponad 1800. Jednak wysoka wartość tego wskaźnika wynika z charakteru systemu [21] – opieka nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi w ramach lecznictwa zamkniętego realizowana jest w dużej mierze w oddziałach rehabilitacyjnych, sanato-

riach, mieszkaniach chronionych (w 2000 roku jedynie 57% łóżek było w ośrodkach z 24-godzinną opieką medyczną). Z kolei w Wielkiej Brytanii współczynnik liczby hospitalizacji na 100 tys. ludności jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej (ok. 300) – dokonano tam deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, rozwijając jednocześnie opiekę środowiskową [22]. W latach 2010–2014 w całodobowych oddziałach psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii udzielono od 3 do 4% świadczeń, przy czym blisko 20% dorosłych pacjentów, dla których sprawozdano jakiegokolwiek świadczenia z powodu zaburzeń psychicznych, było chociaż raz hospitalizowanych w danym roku. Warto zauważyć, że w Wielkiej Brytanii w grudniu 2014 roku jedynie 2,4% pacjentów korzystało z leczenia zamkniętego [23], podczas gdy w Polsce aż 14,4% (uwzględniając wszystkich pacjentów, zarówno dorosłych, jak i dzieci).

Podstawowym ograniczeniem prezentowanej analizy jest to, że uwzględnia ona tylko te informacje, które są zawarte w sprawozdaniach dla publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia. Głównym celem utworzonych przez płatnika baz jest prawidłowe rozliczenie udzielonych świadczeń oraz tworzenie planów finansowych na kolejne lata. Bazy te zawierają jedynie bardzo podstawowe zmienne społeczno-demograficzne, niepełne informacje medyczne (bez np. współchorobowości, stosowanego leczenia) i częściowe organizacyjne. W tym kontekście generowanie wskaźników epidemiologicznych oraz ocena jakości świadczeń są ograniczone.

Wnioski

1. Na podstawie informacji sprawozdanych do płatnika publicznego zaobserwowano wzrost liczby osób, którym w ciągu lat 2010–2014 udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych oraz wzrost łącznej liczby udzielonych świadczeń.
2. Systematyczny wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną oraz uzależnień wskazuje na potrzebę zwiększenia liczby i zasobów ośrodków świadczących usługi profilowane.
3. Występowanie różnic w liczebności kobiet i mężczyzn korzystających ze świadczeń psychiatrycznych wskazuje na potrzebę zróżnicowania oferty usług z uwzględnieniem wrażliwości płciowej (*gender mainstreaming*).
4. Na podstawie dostępnych danych nie można stwierdzić przyczyny ponownego wzrostu w 2014 roku liczby hospitalizacji psychiatrycznych, jak również wzrostu wskaźnika liczby hospitalizacji na 100 tys. dorosłych.
5. Do całościowej analizy świadczeń realizowanych w opiece psychiatrycznej konieczny jest dostęp do informacji na temat świadczeń finansowanych ze środków niepublicznych oraz poszerzenie sprawozdawanych informacji.
6. Uzyskane w opracowaniu wyniki wskazują na potrzebę wspierania rozwoju opieki psychiatrycznej, z zastosowaniem wielokierunkowości oddziaływań w zintegrowanym modelu rozwiązywania problemów zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Wittchen H-U, 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. Neuropsychopharmacology 2011; 21(9): 655–679.
2. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen H-U, Olesen J. *Cost of disorders of the brain in Europe*. Eur. J. Neurol. 2005; 12(Suppl. 1): 1–27.
3. World Health Organization. *World report on disability*; 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. (dostęp 05.10.2017)
4. Haro JM, Novick D, Bertsch J, Karagianis J, Dossenbach M, Jones PB. *Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study*. B. J. Psych. 2011; 199: 194–201.
5. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. *Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication*. Mol. Psychiatry 2010; 15: 868–876.
6. Douzenis A, Seretis D, Nika S, Nikolaidou P, Papadopoulou A, Rizos EN i wsp. *Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: The role of active comorbidity*. BMC Health Serv. Res. 2012; 12: 166.
7. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 lutego 2011 r. Numer 24 Pozycja 128 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
8. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 marca 2017 r. Pozycja 458 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.
9. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz A, Wciórka J, Stokwiszewski J i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27.
10. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak W. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
11. Moskalewicz J, Boguszewska L. *Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje*. W: Szymborski J red. *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. S. 101–109.
12. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny; 2012. <http://www.pzh.gov.pl/download/3239/>.
13. Wojtyniak B, Goryński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny; 2016.
14. <http://www.mpz.mz.gov.pl/>. (dostęp 20.11.2017)
15. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138).
16. 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.
17. Główny Urząd Statystyczny. *Wykaz identyfikatorów i nazw jednostek podziału terytorialnego kraju*. 2015.
18. World Health Organization (WHO, 2016), *The Global Guardian of Public Health* <http://www.who.int/about/what-we-do/global-guardian-of-public-health.pdf>. (dostęp 25.09.2017)

19. World Health Organization, *Gender and women's mental health*, http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/. (dostęp 08.10.2017)
20. <http://strateg.stat.gov.pl/>. (dostęp 23.09.2017)
21. Salize H, Rössler W, Becker T. *Mental health care in Germany: Current state and trends*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2007; 257(2): 92–103.
22. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*. World Health Organization, 2007.
23. <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB17119>. (dostęp 12.10.2017)

Artykuł został przygotowany w ramach projektu pn. 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
Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: kkucharska@ipin.edu.pl

Otrzymano: 16.01.2018
Zrecenzowano: 13.03.2018
Otrzymano po poprawie: 12.06.2018
Przyjęto do druku: 13.06.2018