

## Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce – 2001

### The reform of psychiatric care in Poland – 2001

Stanisław Pużyński<sup>1</sup>, Wanda Langiewicz<sup>2</sup>, Bożena Pietrzykowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

<sup>2</sup>Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

Kierownik: dr n. med. B. Pietrzykowska

---

W artykule omówiono zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia psychicznego po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a także Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Changes in the functioning of mental health care system after implementation of universal health insurance as well as the Mental Health Programme are talked over in this paper.

lecznictwo psychiatryczne  
Program Ochrony Zdrowia Psychicznego  
reforma

psychiatric treatment  
the Mental Health Programme  
reform

---

Mimo trwającej od kilkunastu lat transformacji leczenia psychiatrycznego, psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna w Polsce ma wciąż **poważne defekty strukturalne i funkcjonalne**. Są to mianowicie:

- nierównomierne rozmieszczenie bazy szpitalnej,
- utrzymująca się wciąż nadmierna koncentracja łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych,
- duża odległość większości szpitali od miejsca zamieszkania chorych,
- wciąż duży odsetek przewlekłe chorych i przebywających w szpitalach ze względów społecznych oraz zbyt mała liczba miejsc w odpowiednich domach pomocy społecznej i zakładach (oddziałach) opiekuńczo-leczniczych,
- nierównomierne rozmieszczenie kadr specjalistycznych w poszczególnych regionach,
- niski poziom kompetencji w zakresie psychiatrii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- zróżnicowany poziom diagnostyki i terapii, w dużym stopniu zależny od dostępności aparatury diagnostycznej i liczby specjalistów,

- dominowanie biologicznego modelu pomocy osobom chorym,
- niedobór i brak zróżnicowanych form opieki środowiskowej w wielu rejonach,
- niski standard wyposażenia (zwłaszcza dużych szpitali) i postępująca dekapitalizacja części budynków.

**Konieczne są więc pilne, głębokie zmiany i dostosowanie systemu organizacyjnego psychiatrycznej opieki zdrowotnej do wymogów współczesnej psychiatrii oraz potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.**

Wprowadzona w 1999 r. reforma systemu ochrony zdrowia wyłączyła finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa. Do zarządzania wyodrębnionymi funduszami powołano, Ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, 17 kas chorych, które stały się faktycznym kreatorem polityki zdrowotnej w kraju. W ramach przypisanej samorządności ustalały one własne sposoby kontraktowania świadczeń, odmienne w każdym województwie.

W roku 2000 środki przeznaczone przez kasy na zakontraktowanie świadczeń psychiatrycznych i odwykowych przekraczały 850 mln zł, co w przeliczeniu na mieszkańca wynosiło 22 zł i stanowiło 3,7% całości wydatków kas. W stosunku do wydatków na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne oraz na leczenie szpitalne wydatki na psychiatrię stanowiły 6,9%, wahając się w poszczególnych województwach od 3,9% – w zachodniopomorskim, do 12,6 % w lubuskim.

Z ogólnej kwoty wydanej na opiekę psychiatryczną i odwykową najwięcej, bo 86,4%, przypadło na leczenie psychiatryczne, podczas gdy na leczenie uzależnionych od alkoholu – 9,2%, a na leczenie uzależnionych od środków psychoaktywnych – 4,4%.

Najpoważniejszą pozycję w każdej z grup stanowiły koszty leczenia szpitalnego. Leczenie szpitalne osób z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) kosztowało ponad 6-krotnie więcej niż leczenie ambulatoryjne, podczas gdy leczenie szpitalne uzależnionych przekraczało wydatki ambulatoryjne 2,7-krotnie.

Ponieważ wcześniejsze finansowanie psychiatrii z budżetu było z reguły niewystarczające, oczekiwano, że finansowanie kontraktowe poprawi sytuację w tym zakresie. Tymczasem ustalona na zbyt niskim poziomie składka ubezpieczeniowa nie stwarzała takich możliwości i powodowała, że kasy chorych ograniczały zarówno ceny za świadczenia, jak i rozmiar kontraktowanych świadczeń. W nowych warunkach **najpoważniejsze trudności leczenia psychiatrycznego wynikały ze zbyt niskich cen oferowanych przez kasy za świadczenia jednostkowe** (osobodzień, porada) oraz z dość sztywnego sposobu limitowania zakontraktowanych świadczeń.

Szczególne problemy w kontraktowaniu miały te województwa, w których liczba łóżek szpitalnych znacznie przekraczała potrzeby populacji, a poważna ich część zajęta była przez pacjentów-rezydentów, pochodzących często z innych rejonów kraju. Przy ograniczonych środkach finansowych skłaniało to kasy nie tylko do ustalania ceny świadczeń na dość niskim poziomie, ale także do stosowania bardziej złożonych sposobów rozliczeń, różnicujących wysokość stawki ze względu na leczniczy bądź opiekuńczy charakter świadczeń, rozpoznanie, czas hospitalizacji, możliwość rehospitalizacji oraz warunki leczenia. Wiele trudności wiązało się też z negocjowaniem stawek za usługi niektórych specjalistycznych oddziałów psychiatrycznych (np. psychiatrii

sądowej, detoksykacji) oraz oddziałów opiekuńczych. Kontrowersję wzbudzała też wysokość stawek za okresy tzw. przepustek pacjentów. Prawie wszystkie placówki stacjonarne oceniały warunki finansowe uzyskane na nowych zasadach jako zdecydowanie niewystarczające.

Nowe zasady finansowania wpłynęły niewątpliwie korzystnie na przemiany organizacyjne w szpitalach, wyrażające się w dalszym zmniejszaniu dużych szpitali i porządkowaniu struktury organizacyjnej. Szpitale likwidowały lub zmieniały przeznaczenie oddziałów słabo wykorzystanych, a także nadal decydowały się wydzielać oddziały o charakterze opiekuńczym. Działania takie są zgodne z Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego, zakładającym redukcję liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych (do maksimum 350) oraz przekształcenie części dotychczas istniejących oddziałów w oddziały specjalistyczne (m.in. typu rehabilitacyjnego) oraz leczniczo-opiekuńcze.

Do końca 2001 roku 12 szpitali psychiatrycznych przeznaczyło łącznie ok. 2500 łóżek na zorganizowanie **oddziałów opiekuńczo-leczniczych**. Jak wiadomo, tą tańszą formą leczenia obejmowani są pacjenci, którzy ze względu na nasilające się okresowo zaburzenia psychotyczne wymagają stałego nadzoru i opieki, a którzy z różnych przyczyn nie mogą powrócić do swojego środowiska. Niektórzy spośród nich czekają na przeniesienie do domu pomocy społecznej.

Jak wynika z materiałów regionalnych programów restrukturyzacyjnych, **oddziały o charakterze opiekuńczym są szczególnie zalecaną formą przekształceń bazy szpitalnej, także psychiatrycznej**. Brak właściwych uregulowań dotyczących ich finansowania może w istotnym stopniu ten proces zahamować. Kasy regionalne kontraktują świadczenia na poziomie 40–50% rzeczywistych kosztów pobytu pacjentów na oddziałach opiekuńczo-leczniczych, ponieważ zgodnie z art. 31a ust. 3 Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym „Ubezpieczony skierowany do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie, ustaloną na podstawie odrębnych przepisów”. Bardzo niskie dochody osobiste (renty, zasiłki) osób przebywających na tych oddziałach, stanowiące podstawę potrąceń na koszty wyżywienia i zakwaterowania, pokrywają średnio jedynie ok. 15% dziennego kosztu pobytu (pozwalają na dopłatę w granicach 8–10 zł do osobodnia). W rezultacie dzienna stawka kształtuje się znacznie poniżej kosztów rzeczywistych. Pobyt pacjentów na takich oddziałach jest w tej sytuacji kredytowany przez szpitale, nierzadko powodując konieczność zadłużenia, zagrażającą normalnemu ich funkcjonowaniu.

**Do pozytywnych** następstw reformy należy zaliczyć **dynamiczny rozwój oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych**, które w świetle Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powinny głównie zapewniać opiekę szpitalną osobom z zaburzeniami psychicznymi. Możliwości w tym zakresie stworzył przeprowadzony w ramach programu restrukturyzacji przegląd zasobów całego leczenia. Ujawnił on duże rezerwy w szpitalach ogólnych, które, przy sprzyjającej gotowości kas do kontraktowania świadczeń, zużytkowano m.in. na tworzenie nowych oddziałów psychiatrycznych. Zrównanie w ramach reformy praw zakładów prywatnych z publicznymi spowodowało powstanie pierwszych trzech oddziałów niepublicznych, z którymi

kasy chorych zawarły umowy na nieodpłatne dla pacjentów świadczenia zdrowotne. Ogółem w latach 1999–2001 zorganizowano 16 nowych oddziałów psychiatrycznych (w tym 3 niepubliczne): **publiczne** – w Łomży, Rabce, Nowej Dębie, Sosnowcu, Ciechanowie, Siedlcach, Tomaszowie Mazowieckim, Kolnie, Gryfinie, Miłowodach, Katowicach-Ochojcu (kliniczny), Hajnówce i Warszawie (Szpital Bielański), oraz **niepubliczne** – w Miastku, Szczecinku oraz Człuchowie. Otwarto także 4 nowe oddziały odwykowe: w Bydgoszczy, Radziejowie, Krośnie i Węgorzewie. W świetle dostępnych informacji w najbliższym czasie powstaną następne 4 oddziały: w Grójcu, Przasnyszu, Koszalinie i Grajewie.

**W lecznictwie ambulatoryjnym** w okresie reformy nastąpiły także przekształcenia prywatyzacyjne. Działalność w formie sprywatyzowanej prowadzi obecnie ok. 20% poradni, przy czym znacznie częściej dotyczy to poradni leczenia uzależnień. Po wprowadzeniu reformy w poradniach zdrowia psychicznego najwięcej problemów stwarzały niskie stawki porad, niewystarczające limity świadczeń oraz niewielka liczba kontraktowanych wizyt domowych oraz psychoterapii. W rezultacie – odnotowano spadek wskaźników zatrudnienia wszystkich grup pracowników. Ponieważ zarazem utrzymywał się trend wzrostu liczby leczonych, w wielu rejonach pogorszyła się dostępność usług lekarskich, co znalazło swój wyraz w licznych skargach na długie terminy oczekiwania na wizytę ambulatoryjną. Jednocześnie w poradniach leczenia uzależnień stwierdzono wzrost zatrudnienia podstawowych grup personelu. W tej sytuacji można stwierdzić, że dwa lata po wprowadzeniu reformy sytuacja w poradnictwie psychiatrycznym jest gorsza, a w poradniach leczenia uzależnień – lepsza niż przed reformą.

Po roku 1999 nastąpił skokowy wzrost – do 132, tj. o 18% – liczby **oddziałów dziennych**, co oznacza, że reforma wyraźnie sprzyjała rozwojowi tej formy opieki. Częściej otwierano oddziały dla uzależnionych od alkoholu. Odnotowano też powstanie pierwszych niepublicznych oddziałów dziennych.

Wbrew oczekiwaniom, po wprowadzeniu reformy liczba **zespołów leczenia środowiskowego** nie wzrosła, natomiast nastąpiło ograniczenie działalności niektórych z nich. Kontraktowanie usług tej formy opieki od początku nastroczało trudności, ponieważ różnorodny profil działalności zespołów powodował stosowanie przez kasy różnych zasad finansowania (porada, wizyta domowa, osobodzień). Niezależnie jednak od przyjętej metody, stawki generalnie były zbyt niskie.

Chociaż regionalne kasy przy kontraktowaniu usług w zakresie psychiatrii na ogół kierują się standardami zalecanymi przez ministra zdrowia (opracowanymi w IPiN), to zbyt małe środki finansowe przeznaczane na psychiatryczną opiekę zdrowotną oraz często **niewłaściwa ich dystrybucja** (z wyraźnym niedoszacowaniem potrzeb tzw. lecznictwa otwartego, w tym placówek psychiatrii środowiskowej) powodują pogłębienie trudnej sytuacji psychiatrii w wielu rejonach kraju.

W poszczególnych województwach sytuacja ta wynika w znacznym stopniu również z **braku kompetentnych instytucji określających potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego**, tworzących optymalny model organizacyjny psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz koordynujących działalność istniejących placówek lecznictwa. Konsultanci wojewódzcy niemal z reguły są pomijani przy podejmowaniu przez kasy

decyzji dotyczących finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co wynika nie tylko z braku większego zainteresowania kas wojewódzkich nadzorem specjalistycznym w zakresie psychiatrii, ale przez długi okres – z braku wyraźnego określenia zadań i kompetencji konsultantów wojewódzkich.

**Do szczególnie ważnych osiągnięć należy zaliczyć rozwiązanie wielu problemów dotyczących psychiatrii sądowej**, które przez wiele lat pozostawały nietknięte. Trzeba tu wymienić:

- uruchomienie czterech regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej (w Branicach, Gostyninie, Kocborowie i Lipsku) dysponujących łącznie 209 łózkami, finansowanych ze środków budżetowych ministra zdrowia;
- sukcesywne organizowanie oddziałów psychiatrii sądowej o mniejszym stopniu zabezpieczenia dla osób, wobec których jest stosowany środek zabezpieczający;
- bliską perspektywę uruchomienia ośrodka psychiatrii sądowej dla młodzieży w Garwolinie (finansowanego ze środków ministra zdrowia);
- wydanie przez ministra zdrowia (w porozumieniu z ministrem sprawiedliwości) rozporządzenia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do stosowania środków zabezpieczających, ich wielkości, zabezpieczenia zasad kierowania do nich oraz postępowania z umieszczonymi w nich sprawcami.

**Zagrożeniem** dla funkcjonowania oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu są niskie stawki przeznaczone na finansowanie pobytu w szpitalach psychiatrycznych osób, w stosunku do których sądy orzekły zastosowanie środka zabezpieczającego. Sprawa należności za pobyt osób internowanych była przedmiotem obrad Sejmowej Komisji Zdrowia, jak dotąd bez praktycznych następstw.

**Program przemian psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce zawarty jest w trzech w dokumentach:**

- Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego
- Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (obecnie wciąż program resortowy)
- Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej.

**Głównym celem Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego** jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki, niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach opieki zdrowotnej i innych form pomocy, przewidzianych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i Ustawie o pomocy społecznej. **Istotną częścią tego systemu jest środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej**, którego główne założenia są następujące:

- Opiekę psychiatryczną i odwykową zapewnia się populacji zamieszkałej na określonym terytorium.
- Podstawowymi formami opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie (w tym indywidualne i specjalistyczne praktyki lekarskie) oraz formy pośrednie – oddziały dzienne, zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych (przy szpitalu, poradni, pogotowiu), różnego typu placówki rehabilitacyjne i formy zakwa-

- terowania chronionego (mieszkania chronione i hostele), oraz opieka szpitalna.
- Opieka szpitalna jest sprawowana głównie na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Duże szpitale psychiatryczne ulegają zmniejszeniu (maksymalna wielkość – 350 łóżek), a część oddziałów przekształceni w specjalistyczne jednostki. Odległość miejsca zamieszkania pacjenta od oddziału całodobowego powinna być jak najmniejsza.
  - Opiekę psychiatryczną sprawuje stały wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki.
  - Poszczególne placówki opieki psychiatrycznej są funkcjonalnie zintegrowane w jeden system. Działalność tego systemu jest skoordynowana z działalnością innych placówek sprawujących opiekę zdrowotną oraz udzielających na danym terenie pomocy społecznej osobom z zaburzeniami psychicznymi.
  - Starosta powołuje zespół koordynacyjny, w którego skład wchodzi kierownicy placówek zapewniających psychiatryczną opiekę zdrowotną i pomoc społeczną osobom z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi na określonym obszarze.
  - Wojewoda powołuje zespół do spraw polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego pod kierownictwem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii. Zespół ten jest także organem doradczym samorządowej administracji terenowej oraz zarządów kas chorych w zakresie polityki zdrowotnej i pomocy społecznej w dziedzinie zdrowia psychicznego, potrzeb leczenia psychiatrycznego, w tym podziału i wykorzystania środków finansowych.

**W programie określono docelowe wskaźniki** (perspektywa 10-letnia od dnia wejścia w życie programu rządowego), dotyczące kadr, liczby łóżek oraz poszczególnych form organizacyjnych psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Dla przykładu – proponowany wskaźnik liczby łóżek dla osób dorosłych nie powinien przekraczać 4 na 10 tys. mieszkańców, dla dzieci i młodzieży 0,3–0,4 na 10 tys., dla osób uzależnionych od alkoholu – 1 na 10 tys. mieszkańców, a dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych 0,35–0,7 na 10 tys. (w zależności od sytuacji epidemiologicznej).

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został opracowany na początku lat 90. przez IPN, z udziałem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz innych przedstawicieli środowiska psychiatrycznego, w pracach uczestniczyli też eksperci WHO. Jest on wysoko oceniany przez Biuro Regionalne WHO (konferencja w Mądralinie). Jest to **program kompleksowy**, obejmujący całokształt problemów związanych ze zdrowiem psychicznym społeczeństwa. Zawiera:

- 1 – program promocji zdrowia psychicznego i prewencji I stopnia,
- 2 – program opieki zdrowotnej i innych form pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (prewencja II i III stopnia),
- 3 – program prewencji IV stopnia (badania naukowe i rozwój systemów informacji zdrowotnej).

**Cele i zadania zapisane w programie mają charakter międzyresortowy i wykraczają poza zakres zadań resortu zdrowia.** Dotyczy to wszystkich trzech pól działania, w szczególności jednak prewencji I stopnia. W realizacji zadań zapisanych

w części dotyczącej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi uczestniczą głównie dwa resorty: zdrowia oraz pracy i polityki społecznej.

Chociaż od początku było wiadomo, że cele programu wykraczają poza zakres zadań i kompetencje ministra zdrowia, został on przyjęty przez resort zdrowia (zatwierdzony przez Kolegium Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1995 r.), bez określenia jednak nakładów finansowych na jego realizację, co oznacza, że **zawarte w nim liczne zapisy są postulatami, niekiedy życzeniami, nie zaś zadaniami**, do których realizacji jest zobowiązane państwo i władze samorządowe.

Mimo tych ograniczeń, **program odgrywa rolę pozytywną** – jego założenia wykorzystano w działalności Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, przy opracowywaniu Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (art. 55 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego); stanowi też cenne narzędzie w działalności specjalistycznego nadzoru krajowego i wojewódzkiego.

Brak umocowania prawnego programu, a ściślej ustawowej obligacji do realizacji zadań przypisanych poszczególnym resortom, jest zapewne główną przyczyną, że **zawarte w nim liczne zapisy są martwe lub realizowane w sposób fragmentaryczny** – dotyczy to zarówno promocji zdrowia psychicznego i prewencji I stopnia, jak i rozwoju opieki zdrowotnej i innych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Z sytuacji tej zdawaliśmy sobie sprawę od początku, stąd **zglaszany postulat nadania programowi rangi zadania międzyresortowego (rządowego) i właściwego umocowania prawnego**. Postulat ten poparła Sejmowa Komisja Zdrowia, która 19 marca 1998 roku zaleciła (dezyderat nr 2) ustanowienie interdyscyplinarnego programu ochrony zdrowia psychicznego, opartego na programie przyjętym przez MZiOS na początku lat 90.

Program ten został przekazany do zaopiniowania resortom zainteresowanym jego realizacją, a następnie poprawiony. W czerwcu 2000 r. zmodyfikowaną wersję programu oceniło kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. Zaakceptowało ją, z zaleceniem nadania jej rangi programu międzyresortowego. W dniu 9 kwietnia 2001 r., z okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, na konferencji zorganizowanej przez Sejmową Komisję Zdrowia w Sejmie RP, minister zdrowia, przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia i dyrektor IPN podpisali deklarację w sprawie niezbędności ustanowienia **rządowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego**.

**Nieodzownym warunkiem spełnienia tego postulatu jest umocowanie prawne programu**, którego dotychczas nie ma. Właściwym miejscem odpowiedniego zapisu jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Instytut zaproponował następującą nowelizację art. 2 ustawy (o co wystąpiono do ministra zdrowia i Sejmowej Komisji Zdrowia):

„Art. 2a. 1. Podstawę działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego stanowi Krajowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

2. Krajowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego uchwała Rada Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Zadania określone w Krajowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego są zadaniami administracji rządowej, realizowanymi przez jednostki samorządu terytorialnego, finansowanymi z dotacji celowej budżetu państwa, z wyjątkiem zadań

opisanych w innych ustawach.

4. Rada Ministrów składa corocznie Sejmowi, w terminie do 30 czerwca, sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

5. Koordynatorem Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie”.

W dniu 5 czerwca 2001 r. propozycje powyższych zmian legislacyjnych zostały przyjęte przez Sejmową Komisję Zdrowia, jako projekt poselski nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z zaleceniem pilnego przedłożenia go na najbliższym posiedzeniu Sejmu. Niestety, sytuacja, która wytworzyła się wokół finansów publicznych zahamowała dalsze działania legislacyjne. Projekt wprowadzenia powyższych, tak ważnych poprawek nie został przedłożony na ostatnim plenarnym posiedzeniu Sejmu RP minionej kadencji. W listopadzie 2001 r. nadzór krajowy w dziedzinie psychiatrii oraz instytut zwrócił się do ministra zdrowia z wnioskiem o wznowienie prac legislacyjnych nad nowelizacją ustawy oraz działań zmierzających do ustanowienia Rządowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Należy podkreślić, że **umocowanie prawne Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej ma węzłowe znaczenie dla transformacji psychiatrycznego leczenia w Polsce**. Proces transformacji, którego istotą jest przekształcanie psychiatrii opartej na modelu szpitalnym w psychiatrię środowiskową, powinien być zaplanowany, precyzyjnie skoordynowany, ciągły i dostosowany do zmieniających się potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności. Chaotyczne i przypadkowe działania mogą narażać duże rzesze chorych na ryzyko i uszczerbek zdrowia. Niewątpliwie **jedną z przyczyn problemów i trudności, psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest brak koordynacji działań**, którą właśnie zapewnia Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

**Zawiłą drogę miała Docelowa Sieć Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej**, która w tym czasie wymagała dostosowania do nowego podziału administracyjnego kraju. Po zakończeniu prac, których celem było wprowadzenie odpowiednich korekt okazało się, że w toku prac legislacyjnych związanych z porządkiem ustaw (ustawa o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw) **nastąpiło zawężenie Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej do zakładów tworzonych i prowadzonych przez samorząd województwa**. Zaszła pilna potrzeba sprostowania niefortunnego, a brzemiennego w skutki zapisu. Instytut wystąpił do ministra zdrowia o następującą nowelizację artykułu 6 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

„Art. 6. 1. Jednostki samorządu terytorialnego zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności tworzą i prowadzą zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

2. Na zadanie to jednostki samorządu terytorialnego mogą otrzymać dotację z budżetu państwa.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, do-



celową sieć zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności ich dostępność oraz zasady przyznawania dotacji, o których mowa w ust. 2.

4. W rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględni jednostki, które nadzoruje.

5. Pełna realizacja sieci, o której mowa w ust. 3, następuje w ciągu dziesięciu lat od wejścia w życie ustawy”.

Również projekt nowelizacji artykułu 6 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego został przyjęty 5 czerwca 2001 r. przez Sejmową Komisję Zdrowia jako projekt poselski, z zaleceniem nadania mu pilnego biegu legislacyjnego.

**Zasadniczych zmian wymagają zasady finansowania usług świadczonych przez psychiatryczną opiekę zdrowotną.** Finansowanie to powinno być dostosowane do potrzeb społeczności określonego terytorium, w szczególności uwzględniać sytuację epidemiologiczną, funkcjonujące już zakłady, oraz zapewniać ciągłość opieki nad osobami chorymi.

- W odniesieniu do części świadczeń zdrowotnych optymalnym rozwiązaniem jest **system kapitacyjny**, w którym część środków finansowych należy alokować w centrach zdrowia psychicznego, których zadaniem powinno być zapewnienie określonej populacji (terytorium) ciągłej i kompleksowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Należy jednakże pamiętać, że system kapitacyjny ma swoje ograniczenia i nie jest uniwersalnym remedium na istniejące bolączki psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jak wynika z doświadczeń krajów, które taki system wprowadziły (m.in. niektóre stany USA), system kapitacyjny zwykle zapewnia podstawowe świadczenia zdrowotne, jest więc z tego punktu widzenia sprawiedliwy, jednak często okazuje się zawodny w odniesieniu do świadczeń bardziej wyspecjalizowanych, innowacyjnych, adresowanych do określonych grup chorych lub problemów. Brak wskaźników korygujących, środków przeznaczonych na określone zadania może wiązać się z równaniem w dół poziomu i zakresu usług, a nawet likwidacją istniejących już pożytecznych form organizacyjnych i inicjatyw.
- W przypadku utrzymania dotychczasowego systemu finansowania (kontraktowania) usług, niezbędne jest określenie przez kompetentnych ekspertów ich zakresu i liczby oraz określenie minimalnych stawek. Należy jednocześnie uwzględnić, że wprowadzenie stawek minimalnych (gwarantowanych) ma swoje ograniczenia i może być źródłem pokusy ich szerokiego stosowania, a w konsekwencji prowadzić do regresu działalności dobrze funkcjonujących placówek.
- **Fundusze na psychiatryczną opiekę zdrowotną powinny być wydzielone i elastycznie wykorzystywane.** Środki zaoszczędzone w związku z redukcją liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych należy przeznaczyć na rozwój środowiskowych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz organizowanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.
- Restrukturyzacja i związane z nią przedsięwzięcia inwestycyjne wymagają specjalnych, odrębnych nakładów finansowych, na które jeszcze długo nie będzie stać samorządów, ani też kasy chorych. Środki finansowe na ten cel powinny pochodzić

z budżetu państwa, a ich wykorzystywanie winno być skoordynowane z zadaniami wynikającymi z Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, finansowanymi ze środków publicznych.

### Summary

Both positive and negative effects of the reform of the health care financing system are noted.

Low prices offered by Sickness Funds for particular services (a bed-day, a visit) should be regarded as a negative effect of the reform. Particularly insufficient were the prices of services in some specialised psychiatric wards and in outpatient clinics. Prices in many community-based psychiatric facilities were also considerably underestimated.

Undoubtedly, the reform has led to positive changes in the organization of inpatient care. These changes include: further reduction of beds in large hospitals organisational structure as well as a marked increase in the number of psychiatric wards at general hospitals, which should be the key units of psychiatric inpatient care. Increase in the number of day hospitals is another positive effect of the reform.

The programme of psychiatric care transformation is presented mostly in the Mental Health Programme. The main goal of this programme is to ensure appropriate care for the mentally disordered people, namely comprehensive and accessible health care as well as other forms of help and support necessary for living in family and in society. This goal will be accomplished by health care and other forms of help mentioned in the Mental Health Act and in the Social Help Act. Community-based model of psychiatric care is the key element of this system.

Also, the Programme states desired accessibility rates for staff, number of beds and number of particular forms of psychiatric and alcohol treatment care. Separate rates for adult and children/youth population have been elaborated.

## Đlôidêř đ'ńčôčřńđč-łńęię id'łęč â çăđřăńđđříłícě â Đięüřł - 2001

### Ńăăłđčříł

Đlôidêř ôčřířńđđřăříc' çăđřăńđđříłíc' đ'đčăłêř êřę ç đ'ięicěńłęüüüē, Ńřę č ĩńđčôřńłęüüüē ôřęńřē â đ'ńčôčřńđč. Ę ĩńđčôřńłęüüē 'ăělíc' ē ĩńń' Ńń' ĩčęęł ôlıü, đ'đăăřăřłēüł äięüic-üēč êřńńřēč ĩř đ'řôčłńř (ălıü đ'đăăřăříc' â äięüicôł, êřńńôëűńřôčč). Ÿń ĩńăłńü ĩńńńčēřńü ç Ńńřăęřē çř ĩăńēô-ččăříł íłęĩńđüô Ńđ'łôčřēčńńč-łńęčô đ'ńčôčřńđč-łńęčô ĩńăłłícē č â äčđřńłđđřē ĩăńēôččăřícč, â Ńňē 'čńēł č â ôłńđřô Ńđôčřēüüē id'łęč.

Ę đ'ięicěńłęüüē Ńńđřířē Đlôidēü ĩńń' Ńń' ĩđăřícçřôčříłüł çęčłłíc' â äięüic-ńē äłł, ř çłłüü, Ńńęđřăłłícł 'čńēř äięüřčô đ'ńčôčřńđč-łńęčô äięüicô, ôđ'đ' äı-łłł čô Ńńđôęńôđü. Ę Ÿńčē čł 'ăělíc' ē ĩńńńčńń' äčřířč-łńęčē đńń đ'ńčôčřńđč-łńęčô ĩńăłłícē â äięüicôřô ĩăüłă ĩčđř, çĩńđüł äięüü ĩăłńđł-čăřńü äięüic-łôđ đ'ięüü êřă' ē Ń ĩřđôřłüüē đ'ńčôč-łńęčē çăđřăüłē. Äięđńēř 'čńēł äıłăüü ĩńăłłícē äē' đ'ńčôč-łńęč äięüüô.

Đđăđřēēř çęčłłícē â đ'ńčôčřńđč-łńęię id'łęł id'ôăčęăřăř ĩđ'łôčřēüüē đ'ńńńřăělícč ĩ çřüčńł đ'ńčôč-łńęčăł çăđřăü. Äęřăüē çřăřícłē Đđăđřēēü 'ăē' ĩńń' ĩăłńđł-čăřícł äięüüē Ń đ'ńčôč-łńęčč đńńńđřēńńăřēč řčđięē, äĩńńôđ'ńē id'łęč č çüô ôđē Ńđôčřēüüē đ'ięüč č id'łęč, ĩłăđăčăčüô äē' çęçč äięüüăł â Ńłēłēńē č Ńđôčřēüüô Ńđłăřô. Ÿń çřăřícł äôăłń đłřēččđřăřü â đřēęřô çăđřăńđđříłícěńłęüē id'łęč č çüô ôđē Ńđôčřēüüē đ'ięüč. Ńôüłńăłńüē Ńăăłđčříłē Ÿńē Ńčńłēü 'ăē' ĩńń' Ńđôčřēüüř' čăłłēü đ'ńčôčřńđč-łńęię çăđřăńđđříłícěńłęüē id'łęč. Ä đđăđřēēł ĩřôăčńń' Ńřęčł ôłłăłł ôęçříłł, ĩńńńčłłēüü ģřăđ, çłł-ĩăł ôłăř, ř Ńřęčł ĩńăłłüüô ĩđăřícçřôčříłüô ôđē đ'ńčôčřńđč-łńęię č řĩńčřē-łăięüüē id'łęč ĩřă đ'řôčłńřēč Ń ô- ,Ńňē äçđńēüô, äłłłē č êřēă,čč.

## **Reform der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung in Polen – 2001**

### **Zusammenfassung**

Die Reform des Finanzierungssystems des Gesundheitsschutzes führte sowohl zu positiven als auch negativen Erscheinungen in der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung.

Als die negativen soll man niedrige Preise nennen, die von den Krankenkassen für die einzelnen Leistungen angeboten werden; es betraf besonders die Beträge für Leistungen mancher psychiatrischer Fachabteilungen und in der ambulanten Behandlung.

Als die positiven Erscheinungen kann man zweifellos die organisatorischen Veränderungen in den Krankenhäusern nennen, die immer kleiner werden. Vorteilhaft ist auch die dynamische Entwicklung der Tagesabteilungen und der psychiatrischen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern, die hauptsächlich die Pflege für die Personen mit psychischen Störungen leisten sollen.

Das Programm der Veränderungen in der psychiatrischen Gesundheitspflege ist in Polen vor allem in dem „Programm für den Schutz der Psychischen Gesundheit“ enthalten. Das Hauptziel des Programms ist die Sicherung für die Personen mit psychischen Störungen einer mehrseitigen, zugänglichen Gesundheitsbetreuung und anderer Formen der Hilfe und Betreuung, die für das Leben in dem sozialen Milieu und im Familienmilieu unentbehrlich sind. Das Ziel wird im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung und anderer Formen realisiert werden, die im Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit und dem Gesetz über Sozialhilfe vorgesehen sind. Ein wesentlicher Teil des Systems ist ein psychiatrisches Modell der Gesundheitsbetreuung.

Im Programm wurden auch Hinweise zum Personal, zur Zahl der Betten und zu den einzelnen organisatorischen Formen der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung bestimmt, mit Berücksichtigung der Erwachsenen, Kinder und Jugendlichen.

## **La réforme du système de l'assistance psychiatrique en Pologne en 2001**

### **Résumé**

La réforme du système financier de l'assistance psychiatrique a ses conséquences positives et négatives. Parmi les conséquences négatives on cite les prix très bas pour l'assistance psychiatrique (visite médicale, thérapie, frais de l'hospitalisation) fixés par la Caisse D'Assistance Médicale surtout pour les services spécialisés des hôpitaux psychiatriques, pour la thérapie ambulatoire à jour ou du milieu. Parmi les conséquences positives on énumère avant tout les changements d'administration qui visent à réduire le nombre des lits dans certains hôpitaux très grands et à organiser ces hôpitaux selon les principes modernes, à augmenter le nombre de centres d'assistances psychiatriques à jour et dans les hôpitaux généraux.

Le programme de la réforme de l'assistance psychiatrique est présenté dans le Programme de la Protection de Santé Psychique. Ce programme a pour but assurer l'assistance psychiatrique très variée aux personnes souffrant des troubles psychiques. Il résulte de la Loi de la Protection de la Santé et de la Loi de l'Assistance Publique et Sociale. Les centres d'assistances psychiatriques du milieu (communautaire) font partie de ce système. Le Programme contient aussi les indices futures concernant le nombres des cadres, de lits et de différentes formes de thérapies psychiatriques (y compris la thérapie des alcooliques) des enfants, jeunes gens et des adultes.

Adres: Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9