

Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2003)*

Current problems in psychiatric health care in Poland (2003)

Stanisław Pużyński

Z II Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

Summary: The paper is a presentation of the most important and actual psychiatric health care problems in Poland: the financial situation of hospitals, the risks faced by the out-patient psychiatric care, maintaining the legal issues of the psychiatric patients, the situation of forensic psychiatry and legal-psychiatric expertise, post-graduate training, availability of psychotropic drugs. Attention is paid to the importance of giving the programme of psychiatric health protection a status of evident value and that this programme should become a national programme.

Słowa klucze: psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce, transformacja leczenia psychiatrycznego, program ochrony zdrowia psychicznego, prawa osób chorych psychicznie, finansowanie opieki psychiatrycznej

Key words: psychiatric health care in Poland, psychiatric treatment transformation, programme of psychiatric health protection, psychiatric patient rights, financing of psychiatric health care

1. Program ochrony zdrowia psychicznego

Polska należy wciąż do nielicznych krajów europejskich, które nie dysponują państwowym (rządowym) programem ochrony zdrowia psychicznego. Istniejący – resortowy stanowi jedynie namiastkę takiego programu ze względu na brak zaangażowania w jego realizację innych niż Ministerstwo Zdrowia resortów i – co najważniejsze – brak środków na realizację podstawowych zadań.

Instytut Psychiatrii i Neurologii, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wielokrotnie zgłaszali postulat ustanowienia narodowego (rządowego) programu ochrony zdrowia psychicznego oraz potrzebę „umocowania” prawnego takiego programu (najlepiej w drodze nowelizacji w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego). Jak dotychczas, nasze wysiłki nie zostały uwieńczone sukcesem. Zapisy zawarte w dokumencie „Narodowa ochrona zdrowia –

* Poszerzona i uaktualniona wersja wystąpienia na naradzie konsultantów i dyrektorów szpitali psychiatrycznych w dniu 30.06.2003 r. w Warszawie.

strategiczne kierunki działań ministra zdrowia w latach 2002–2003” dotyczą jedynie fragmentów zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego.

Postulat ustanowienia narodowego programu ostatnio przedstawiałem na naradzie konsultantów wojewódzkich i dyrektorów szpitali psychiatrycznych w Warszawie w dniu 30 czerwca 2003 r., zorganizowanej wspólnie z Sekcją Szpitalnictwa PTP. Uczestniczący w tej konferencji minister zdrowia polecił skonsultowanie projektu programu z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii w celu nadania mu finalnego kształtu. Uczyniono to w dniu 25.09.2003 r. Projekt spotkał się z pełną akceptacją konsultantów. Po wprowadzeniu kilkunastu drobnych poprawek – projekt narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego przekazano Ministerstwu Zdrowia (październik 2003 r.) w celu nadania dalszego biegu.

2. Docelowa sieć zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Opracowana w 2001 r., zmodyfikowana (dostosowana do zmiennego podziału administracyjnego kraju), docelowa sieć psychiatrycznej opieki zdrowotnej oczekuje w Ministerstwie Zdrowia na dalsze decyzje (stosownie do art. 55 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego powinna być opublikowana w formie rozporządzenia). Wyjaśnienia i uściślenia wymagają relacje pomiędzy wspomnianą „siecią” a „krajową siecią szpitali publicznych”, o której mowa w dokumencie „Narodowa ochrona zdrowia – strategiczne kierunki działań ministra zdrowia w latach 2002–2003”.

3. Zasady kontraktowania świadczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia

W czwartym kwartale ubiegłego roku na zlecenie NFZ opracowano w IPN propozycje definicji świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i uzależnień oraz warunki ogólne i szczegółowe dotyczące wyceny punktowej poszczególnych świadczeń (przy założeniu – 10 zł za jeden punkt). Były one konsultowane z ZG PTP, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii, Sekcją Szpitalnictwa PTP, a następnie przekazane Ministerstwu Zdrowia oraz NFZ. Przyjęte przez centralę NFZ zasady kontraktowania usług świadczonych przez psychiatryczną i odwykową opiekę zdrowotną istotnie nie odbiegają od wspomnianych propozycji, niestety, zaproponowana cena (7,5 zł za usługi ambulatoryjne, 8,5 zł za usługi szpitalne) jest istotnie niższa od naszych propozycji oraz od wyceny świadczeń w innych działach medycyny. Stanowisko władz NFZ (por. uchwała z dn. 13.11.2003 r.) jest dyskryminujące w stosunku do osób chorych psychicznie oraz psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej. Taką ocenę tej decyzji przedstawiłem na posiedzeniach Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia w dniu 18.11.2003 r. oraz w dniu 9.12.2003 r. Moje starania o zmiany stawek jak dotychczas nie przyniosły żadnego rezultatu.

4. Sytuacja finansowa

Sytuacja finansowa psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie uległa poprawie, są sygnały, że w porównaniu z nie najlepszym 2002 r. uległa pogorszeniu w niektórych regionach kraju. Przykładem jest krytyczna sytuacja leczenia psychiatrycznego w województwie dolnośląskim, której przejawem był strajk we Wrocławiu. Również w Warszawie pojawiły się przejawy regresu (przykłady: wstrzymanie z przyczyn finansowych działalności oddziału psychiatrycznego Szpitala Wolskiego, utrzymujące się zagaśczenie chorych w klinikach psychiatrycznych instytutu). Wciąż jest nieja-

na sytuacja dotycząca zasad finansowania leczenia chorych pochodzących z innych województw.

Narasta zadłużenie niektórych szpitali i zagrożenie dla ich dalszej działalności (m.in. w woj. dolnośląskim). Utrzymuje się brak środków na niezbędne prace remontowe i niezbędny sprzęt, licznych szpitali nie stać na zakupienie leków psychotropowych drugiej generacji. Działalność dyrekcji wielu szpitali wciąż jest ukierunkowana na przetrwanie, ich restrukturyzacja zaś ulega zahamowaniu (m.in. z powodu braku środków finansowych na niezbędne, niekiedy niezbyt kosztowne prace adaptacyjne oddziałów, które mogłyby być przeznaczone na oddziały lub zakłady leczniczo-opiekuńcze).

5. Dezintegracja psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Brak jednolitej polityki w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce – co wynika m.in. z braku rządowego programu ochrony zdrowia psychicznego – trudności finansowe, z którymi boryka się leczenie psychiatryczne, są przyczyną dezintegracji działalności psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Ciągłość opieki jest poważnie zaburzona, a ułatwiony dostęp do poradni zdrowia psychicznego (bez skierowania) okazał się w praktyce iluzoryczny. Okres oczekiwania na wizytę u lekarza lub psychologa sięga niekiedy wielu tygodni. Utrwaleniu ulega biologiczny model leczenia, psychoterapia jest dostępna w prywatnych gabinetach (oczywiście za pieniądze).

6. Dostępność leków psychotropowych

Obowiązujące, w tym ostatnio wprowadzone (od 1.12.2003 r.), zasady refundacji leków psychotropowych nie zapewniają należytej dostępności tych leków osobom chorym psychicznie. Cena leków psychotropowych drugiej generacji (zarówno przeciwpsychotycznych, jak i przeciwdepresyjnych) często przekracza możliwości nabywcze wielu chorych, co oznacza, że leki lepiej tolerowane, bezpieczniejsze w stosowaniu są wciąż dostępne głównie dla osób zamożnych.

Swoje stanowisko w tej sprawie przedstawiałem wielokrotnie ministrom zdrowia w okresie minionych kilku lat, w bieżącym roku – wiceministrowi zdrowia, w dniu 16.06.2003 r., oraz ministrowi zdrowia w dniu 6.11.2003 r. Oto najważniejsze fragmenty moich postulatów:

- Stosowanie leków psychotropowych (przeciwpowrotkowych, przeciwdepresyjnych, normotymicznych i prokognitywnych) jest podstawową formą leczenia przewlekłych chorób psychicznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 10) tej grupie osób. Ponadto art. 12 tej ustawy stanowi: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”. Wszystkie leki niezbędne do terapii chorób psychicznych, a w szczególności te, które zapewniają efektywność, bezpieczeństwo i wygodę leczenia, a co za tym idzie – należyłą współpracę pacjenta z lekarzem (compliance), powinny być w pełni refundowane.
- Klasyczne leki psychotropowe (leki przeciwpowrotkowe, przeciwdepresyjne, normotymiczne) I generacji są dostępne dla osób chorych psychicznie jako leki

w pełni refundowane lub za opłatą ryczałtową, istotne ograniczenia dotyczą leków nowych (II i III generacji), zarówno przeciwpsychotycznych, jak i przeciwdepresyjnych oraz stosowanych w zaburzeniach otępiennych typu alzheimerowskiego. Cena niektórych z nich przekracza możliwości nabywcze większości chorych i tylko nielicznych stać na zakup drogiego specyfiku.

- Nowe, droższe, leki psychotropowe są często jedynymi, które chorzy mogą przyjmować ze względu na objawy niepożądane i powikłania kuracji występujące u części leczonych (jak np. parkinsonizm, późne dyskinezy i in.), bądź obecność schorzeń uniemożliwiających stosowanie leków I generacji, takich jak choroby narządu krążenia, wątroby, przerost gruczołu krokowego, jaskra i in.
- Liczba chorych przewlekle, wymagających długotrwałego leczenia, jest wprawdzie względnie stała, ale wciąż wzrasta odsetek zaburzeń opornych na leki. Nowe leki dają szansę uzyskania poprawy u części chorych z psychozami przewlekłymi, u których klasyczne leki zawodzą. Profil działania psychotropowego nowych leków jest bardziej optymalny niż leków wprowadzonych w latach 60.–70., co zapewnia większą efektywność leczenia.
- Ograniczenie wyboru leków stosowanych w psychozach do leków I generacji ma chronić budżet przed wydatkami. Jednakże źle dobrane leczenie prowadzi nie tylko do zwiększenia liczby i długości hospitalizacji, ale często (np. w przypadku leków przeciwpsychotycznych) do utrwalenia zaburzeń i pojawienia się stanu przewlekłego, pogłębienia rozpadu osobowości (np. nasilenia tzw. objawów negatywnych) i niechęci chorych do leczenia, co wielokrotnie zwiększa rzeczywisty koszt terapii i opieki nad tą grupą chorych. Koszt większości wielotygodniowych kuracji jest mniejszy od ceny jednego osobodnia pobytu w szpitalu, a tylko w nielicznych przypadkach stanowi 2–3-krotną jego wielkość.
- Jedyna możliwość ograniczenia wydatków na leki powinna wynikać z ich właściwego, zgodnego ze wskazaniami i stanem chorego, ordynowania. Odrębnym problemem jest system kontroli poprawnego ordynowania leków, który powinien być wdrożony przez instytucje do tego powołane.
- Wszystkie leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne i prokognitywne powinny być nieodpłatnie udostępniane osobom przewlekle chorym psychicznie, co wymagałoby odpowiednich zmian w listach leków refundowanych i co za tym idzie odstąpienia od zasady tzw. limitu cenowego w stosunku do wymienionych grup leków.
- Nie można przyjąć, że leki należące do grupy o podobnym podstawowym (zbadanym lub postulowanym) mechanizmie działania można zawsze stosować zamiennie, z jednej bowiem strony odpowiedź terapeutyczną kształtuje w znacznym stopniu osobnicza, indywidualna wrażliwość na dany lek, z drugiej zaś – leki należące do tej samej grupy różnią się istotnie w zakresie farmakokinetyki, profilu działania psychotropowego, tolerancji i objawów niepożądanych. Dobrym przykładem jest grupa selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny obejmująca 5 leków; mimo wspólnego mechanizmu działania poszczególne preparaty wykazują szereg różnic istotnych z punktu widzenia klinicznego. Należy też podkreślić, że nieskuteczność jednego wcale nie oznacza, że inny preparat z tej grupy okaże się również nieskuteczny. Dotyczy to również leków przeciwpsychotycznych II generacji; każdy z leków należących do tej grupy wykazuje pewne specyficzne cechy, które różnią

go od pozostałych, co podważa zasadność stosowania tzw. limitu cenowego.

- Lista chorób uznanych przez ministra zdrowia za choroby przewlekłe na podstawie art. 34 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 54) jest niepełna. Sądzę, że na liście tej powinny znaleźć się następujące grupy zaburzeń:
 - schizofrenia: przewlekła lub nawracająca, lub lekooporna,
 - zaburzenia afektywne dwubiegunowe (nawracające),
 - zaburzenia depresyjne nawracające,
 - depresje lekooporne,
 - choroba Alzheimera i inne przewlekłe psychozy o przyczynach organicznych,
 - zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o przewlekłym, inwalidyzującym przebiegu,
 - zaburzenia łaknienia (zagrożające życiu).

Moje stanowisko w sprawie zasad refundacji leków psychotropowych stosowanych u osób chorych psychicznie w pełni podziela konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – prof. dr hab. Irena Namysłowska; jest ono zgodne ze stanowiskiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

7. Przestrzeganie praw osób chorych psychicznie w szpitalach psychiatrycznych

Chociaż wprowadzenie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przyczyniło się wydatnie do poprawy przestrzegania praw osób chorych psychicznie w naszym kraju – ocena, przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (prof. S. Dąbrowski wraz z zespołem), realizacji ustawy wskazuje, że węzłowe dla ochrony tych praw zapisy dość często nie są przestrzegane, dotyczy to m.in. przyjęć do szpitala bez uzyskania zgody, stosowania przymusu bezpośredniego, zasady wyrażania zgody na proponowane metody terapii i in.

Nadzór nad przestrzeganiem praw osób chorych psychicznie w szpitalach psychiatrycznych należy uznać na priorytetowe zadania konsultantów wojewódzkich. Zachodzi też pilna potrzeba zatrudniania rzeczników praw chorych w szpitalach psychiatrycznych i uregulowania ich statusu prawnego oraz zasad wynagradzania.

8. Psychiatria sądowa i orzecznictwo sądowo-psychiatryczne

Od kilkunastu miesięcy orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w Polsce jest przedmiotem żywego zainteresowania środków masowego przekazu. Dotyczy to zwłaszcza orzeczeń w sprawach karnych, których treść coraz częściej budzi zastrzeżenia, niekiedy oburzenie, o czym świadczą tytuły enuncjacji prasowych: „Schizofrenia na papierze” (GW, 6. 10. 2003), „Depresja gangstera” (GW, 14. 02. 2002), „Skrupulatnie z tą depresją” (GW, 27. 02. 2002), „Chorzy gangsterzy – afera w łódzkim szpitalu psychiatrycznym”, „Ośmiornica w depresji” (GW, 23–24. 10. 1999), „Gangster chory na głowę” (Przegląd, 28. 09. 2003), „Psychiatryczna epidemia wśród gangsterów” (Rzeczpospolita, 16. 09. 2003), „Wariackie papiery” (Rzeczpospolita, 22. 10. 2003), „Żółty azyl dla gangsterów” (Newsweek, 19. 10. 2003).

Psychiatrom zarzucana jest nieuczciwość w postępowaniu orzeczniczym, której motywem jest dążenie do uchronienia przestępców przed odpowiedzialnością karną

lub odbywaniem wymierzonej kary. Zdarza się, że takie niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej postępowanie wynika z niskich pobudek (chęć zysku). Mamy tu do czynienia ze szczególną formą nadużyć psychiatrii – psychiatria bywa wykorzystywana do ochrony interesów świata przestępczego. Należy stwierdzić z dużą przykrością, że przeprowadzone wrywkowe kontrole placówek, w odniesieniu do których wysunięto zarzuty – często potwierdzają istnienie nieprawidłowości, jednak ich obraz i przyczyny są bardziej złożone niż to wynika z enuncjacji prasowych.

Jestem przekonany, że w Polsce zjawisko to ma charakter marginalny, większość psychiatrów orzekających w sprawach karnych i cywilnych rzetelnie wywiązuje się ze swoich obowiązków, każdy jednak ujawniony przypadek nieuczciwości na tym polu rzuca cień na naszą grupę zawodową, podważa tak niezbędne zaufanie.

Problem sytuacji w psychiatrii sądowej w Polsce znalazł odbicie w stanowisku Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, które zostało przekazane ministrowi zdrowia i ministrowi sprawiedliwości. Jest ono opublikowane w „Psychiatrii Polskiej” oraz w „Postęпах Psychiatrii i Neurologii”. Obszerne fragmenty tego stanowiska zostały udostępnione środkiem masowego przekazu.

9. Kształcenie podyplomowe, specjalizacje

Zainteresowanie psychiatrią jest wciąż duże, limity przyznanych miejsc do specjalizowania się w niektórych regionach kraju okazały się niewystarczające – będą zwiększone. Do egzaminu państwowego z psychiatrii (w nowym trybie specjalizacji) przystąpiło w sesji jesiennej 2002 oraz wiosennej i jesiennej 2003 r. łącznie 140 osób. Poziom przygotowania zdających należy ocenić jako dobry (lepszy niż zdających w „starym” trybie).

Proces specjalizowania się odbywa się pod nadzorem akademickich katedr psychiatrii oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii, które są odpowiedzialne za realizację programu szkolenia i jego poziom. Staże cząstkowe odbywają się w akredytowanych oddziałach psychiatrycznych i poradniach, których liczba powinna ulegać stopniowemu zwiększaniu.

Nie wszystkie kliniki prowadzą szkolenie osób specjalizujących się zgodnie z programem – dotyczy to w szczególności organizowania kursów szkoleniowych z poszczególnych działów psychiatrii – chociaż prawdopodobnie uzyskały na ten cel środki. Lukę tę częściowo wypełnia Instytut, jednak dostępność kursów organizowanych w IPN jest ograniczona (m.in. problem zakwaterowania słuchaczy). Wąskim gardłem procesu specjalizacji jest mała liczba ośrodków szkoleniowych w zakresie psychiatrii sądowej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Zmodyfikowany program specjalizacji przewiduje możliwość zastąpienia stażu z zakresu psychiatrii sądowej innymi formami szkolenia.

Wznowiono proces specjalizacji z psychologii klinicznej, opracowany został nowy program specjalizacji. Powołanie konsultanta krajowego w zakresie psychologii klinicznej przyczyni się do usprawnienia procesu specjalizacji.

Adres: II Klinika Psychiatrii IPiN
02-957 Warszawa
al. Sobieskiego 1/9

Praca zamówiona