

Uzasadnienie propozycji Projektów Taryf świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Szacuje się, że ponad jedna trzecia populacji Unii Europejskiej (ok. 38,2%) cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Liczba osób z zaburzeniami funkcji mózgu jest przypuszczalnie jeszcze większa, przy czym, prawdopodobnie mniej niż jedna trzecia tej populacji jest leczona.

W zakresie danych dla Polski, pierwsze badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych (EZOP), przeprowadzone w liczącej ponad 10 tysięcy respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata pokazało, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV – można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Po ekstrapolacji na populację generalną daje to ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Wśród nich co czwarta osoba doświadczyła więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej.

Ciężkie zaburzenia psychiczne występują zdecydowanie rzadziej niż zaburzenia psychiczne o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, blisko $\frac{3}{4}$ pacjentów cierpi na tzw. powszechne zaburzenia psychiczne. Systemy opieki psychiatrycznej są obecnie lepiej przygotowane do leczenia pacjentów z ciężkimi zaburzeniami, natomiast często nie są odpowiednio zorganizowane, zaopatrzone i finansowane, aby adresować potrzeby pacjentów z zaburzeniami powszechnymi. Konsekwencją takiej sytuacji jest nieefektywne wykorzystanie dostępnych zasobów oraz wysokie koszty pośrednie chorób psychicznych.

W Polsce obecnie dominuje model psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczenia dla pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi oraz z zaburzeniami o ciężkim przebiegu, są udzielane głównie w warunkach stacjonarnych w szpitalach psychiatrycznych. Model taki powszechny był przez wiele lat także w innych krajach europejskich. Wynikało to z przekonania, że zgromadzenie osób chorych psychicznie w jednym miejscu i otoczenie opieką wykwalifikowanej kadry medycznej powinno być najbardziej efektywną oraz ekonomiczną formą leczenia. Dodatkowo, było to uważane za korzystne z uwagi na możliwość sprawowania ciągłej kontroli nad pacjentem oraz uniknięcia nieprzyjaznego nastawienia społeczeństwa do osób dotkniętych chorobami psychicznymi.

Coraz więcej argumentów jednak zaczęło przemawiać za zmianą instytucjonalnego modelu opieki psychiatrycznej – tym samym rozpoczął się trwający nadal proces zwany deinstytucjonalizacją, tj. zastępowanie dużych szpitali psychiatrycznych mniejszymi jednostkami oraz przesunięcie świadczeń w kierunku opieki środowiskowej. Pomimo tego, że wydatki na świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych w dalszym ciągu mają najwyższy udział w całkowitych wydatkach na opiekę psychiatryczną, udział wydatków na świadczenia niestacjonarne w państwach OECD stopniowo wzrasta.

Początki procesu deinstytucjonalizacji w państwach Europy Zachodniej sięgają lat 50-tych XX wieku, a od lat 70-tych proces ten zaczął szybko postępować. We Włoszech, Szwecji i Islandii zamknięte zostały wszystkie szpitale psychiatryczne a świadczenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej udzielane są na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych lub w ośrodkach opieki środowiskowej. Proces zmniejszania się liczby łóżek psychiatrycznych można zaobserwować również w Europie Centralnej i Środkowej, jednak proces deinstytucjonalizacji zaczął tam intensywniej postępować nieco później, bo w latach 90-tych XX wieku. Największe zmiany zaobserwowano w takich państwach jak Bułgaria, Estonia i Łotwa.

W Polsce w ciągu ostatnich lat także obserwuje się spadek bazy łóżkowej w oddziałach psychiatrycznych. Jednak wciąż dużym problemem pozostaje koncentracja tejże bazy w dużych szpitalach psychiatrycznych oraz nierównomierne rozłożenie samych placówek. W 2013r. najwięcej łóżek odnotowano w specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych (52,4%), na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (16,7%), w zakładach opiekuńczo-leczniczych (15,2%) oraz na oddziałach odwykowych (3%). W 2013 roku, 48 szpitali psychiatrycznych dysponowało 17,5 tys. łóżek, natomiast w szpitalach ogólnych funkcjonowało 177 oddziałów psychiatrycznych i odwykowych,

liczących łącznie 6,6 tys. łóżek. Zakłady MONAR i ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych stanowiły 7,3% ogółu dostępnych łóżek całodobowej opieki psychiatrycznej, co stanowiło ok. 2,5 tys. łóżek. Podobnie jak w latach ubiegłych na terenie kraju działały 4 regionalne ośrodki psychiatrii sądowej dysponujące 245 łóżkami oraz 22 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, w których zarejestrowano 1,1 tys. łóżek i było to więcej o 3,3% porównaniu z rokiem 2012.

Zgodnie z raportem GUS w 2013 r. średni pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym wynosił 30,3 dni i był o 2 dni dłuższy niż pobyt pacjenta na oddziale psychiatrycznym szpitali ogólnych (ok. 27,9 dnia). Najdłuższe pobyty, także na tle krajów Unii Europejskiej, związane są ze schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi i wynoszą aż 61,37 dni (średnia UE - 38,50 dni). Wskaźnik hospitalizacji lokuje się nieco powyżej średniej – 145 na 100 tys. (średnia UE to 137 na 100 tys.).

Pobyt w szpitalu jest tylko jedną z form opieki. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest i nigdy nie musi być leczona w warunkach stacjonarnych. Dlatego tak istotne znaczenie ma rozwój pozaszpitalnych form ochrony zdrowia psychicznego.

W opiece pozaszpitalnej wyróżnia się: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradnie odwykowe dla uzależnionych alkoholu oraz od substancji psychoaktywnych, poradnie psychologiczne oraz zespoły leczenia środowiskowego (domowego). Stanowią one bardzo ważną formę opieki dedykowaną przede wszystkim pacjentom o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostającym w swoim środowisku. Istotną rolę odgrywają również oddziały dzienne, zapewniające pacjentom leczenie i rehabilitację przez ok 8 godz. dziennie przez 5 dni w tygodniu, zazwyczaj w miejscu zamieszkania, a więc również z zachowaniem więzi rodzinnych i społecznych.

Koszty związane ze złym stanem zdrowia psychicznego – dla osób dotkniętych chorobą, pracodawców oraz społeczeństwa – szacowane są w Unii Europejskiej na 3-4% wartości PKB. Odsetek osób zatrudnionych wśród pacjentów z powszechnymi zaburzeniami psychicznymi mieści się w granicach 60-70%, co jest wynikiem ok. 10-15% niższym niż dla populacji osób bez zaburzeń psychicznych. Osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej niż inni pracownicy przebywają na zwolnieniu, a ich absencja w pracy jest dłuższa. Dodatkowo liczną grupę stanowią osoby, które nie biorą zwolnienia lekarskiego, ale których aktywność w pracy jest obniżona. Zgodnie z badaniami Eurobarometru z roku 2010, średnio 28% osób z zaburzeniami psychicznymi o umiarkowanym nasileniu była nieobecna w pracy w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie (tzw. absenteizm), a 69% przychodziła do pracy dla samej obecności (tzw. prezenteizm). Z kolei, w populacji pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi odsetki te wynosiły aż 42% i 88%. W populacji osób niedotkniętych zaburzeniami psychicznymi odsetki te są istotnie niższe i wynoszą odpowiednio 19% i 26%.

Przebywanie pracowników na zwolnieniach lekarskich oraz obniżona efektywność pracy przekłada się na obserwowany w krajach OECD spadek produktywności pracy. Istnieją uzasadnione obawy, że w dłuższej perspektywie słaby stan zdrowia psychicznego ludności może negatywnie wpływać na koniunkturę gospodarczą.

Realizowanie świadczeń opieki psychiatrycznej nad pacjentami z ciężkimi zaburzeniami w warunkach podstawowej oraz środowiskowej opieki zdrowotnej zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjentów pracy, a co za tym idzie, jest również sposobem na zmniejszenie kosztów utraconej produktywności. Ponadto, należy mieć na uwadze, że choroba psychiczna dotyka nie tylko samego pacjenta, ale również jego otoczenie, tj. członków rodziny oraz przyjaciół. W przypadku dzieci, obecność zaburzeń psychicznych może skutkować gorszymi wynikami w nauce, wcześniejszym zakończeniem edukacji, oraz problemami z zatrudnieniem w przyszłości.

Między innymi ze wskazanych wyżej powodów, współcześnie na świecie za najlepszy model opieki psychiatrycznej uważany jest tzw. model psychiatrii środowiskowej. Jest on zorientowany na pacjentów, oferując im wszechstronne działania terapeutyczne.

Głównym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie osobie z chorobą psychiczną funkcjonowania w społeczeństwie, a więc możliwości uczenia się i pracowania. Obecnie model środowiskowy uważany jest za właściwszą formę udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej niż model długoterminowej opieki stacjonarnej. Stwierdzono również, że model środowiskowy charakteryzuje się większą efektywnością jeżeli chodzi o zwiększanie jakości życia pacjentów, pozwala na promowanie i zaspokajanie podstawowych praw pacjentów, niekiedy jest to model droższy od modelu stacjonarnego i, co równie ważne, jest modelem preferowanym przez pacjentów. Niemniej jednak, stacjonarna opieka psychiatryczna nadal powinna być dostępna dla tych, którzy bezwzględnie wymagają takiej formy leczenia. Efekty wdrożenia modelu środowiskowego we Włoszech, w Anglii oraz w Niemczech oceniono w przeglądzie systematycznym *Knapp 2011*. Odnalezione dowody naukowe wskazują, że świadczenia opieki psychiatrycznej udzielane w warunkach środowiskowych pozwalają na uzyskiwanie lepszych wyników leczenia. Stwierdzono również, że model środowiskowy choć bywa droższy od modelu instytucjonalnego jest jednak rozwiązaniem bardziej kosztowo-efektywnym.

W wielu państwach model opieki środowiskowej jest w trakcie wdrażania ponadto, zgodnie z informacjami przedstawionymi w opracowaniach WHO z serii *Mental Health Atlas (2011)*, wiele państw deklaruje chęć wdrożenia opieki środowiskowej.

W Polsce także dostrzeżono potrzebę przebudowy systemu ochrony zdrowia psychicznego. W odpowiedzi na tę konieczność utworzony został Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przyjęty przez Radę Ministrów 28 grudnia 2010 r., którego realizacja objęła lata 2011 – 2015.

Nadrzędnym celem Programu było zwiększenie dostępności zróżnicowanych form opieki zdrowotnej, co wymaga szeregu zmian w dotychczasowym systemie opieki, między innymi rozwijanie pozaszpitalnych form opieki środowiskowej (oddziały dzienne, hostele, zespoły opieki środowiskowej), wzmocnienie leczenia ambulatoryjnego, poprzez zwiększenie liczby pełnoprofilowych poradni psychiatrycznych z bogatszą ofertą świadczeń, czynnych przez cały tydzień, czy organizowanie systemu skoordynowanej opieki nad pacjentami zamieszkującymi określone terytorium poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego.

Uznając słuszność i efektywność rozwiązań wdrażanych i stosowanych w innych krajach, Minister Zdrowia za jeden z celów strategicznych przyjął stopniowe ograniczanie psychiatrycznej opieki całodobowej, na rzecz promowania rozwoju oddziałów dziennych oraz pozaszpitalnych form opieki, w szczególności opieki nad pacjentem w jego środowisku, a także opieki nad pacjentem poniżej 18 roku życia.

Realizując te cele AOTMiT zaproponowała wysokości taryf, które w swoim założeniu mają przyczynić się do rozwoju form opieki bardziej korzystnych dla samego pacjenta i jego powrotu do funkcjonowania w społeczeństwie. Obecnie obowiązujące wyceny punktowe świadczeń ustalone przez NFZ zostały zwiększone o:

- 20% w przypadku oddziałów dziennych i oddziałów dziennych rehabilitacyjnych,
- 25% w przypadku świadczeń związanych z opieką środowiskową,
- 10% w przypadku świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci,
- 5% w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnych.

Jednocześnie, w celu przeniesienia ciężaru opieki nad pacjentami chorymi psychicznie z leczenia zamkniętego w kierunku opieki dziennej oraz środowiskowej, Agencja proponuje odejście od limitowania świadczeń w zakresie oddziałów dziennych, świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci oraz leczenia środowiskowego.

Dodatkowo, Agencja rekomenduje połączenie porad jednoimiennych, o takiej samej wartości punktowej, realizowanych w różnych zakresach. Propozycja ta ma na celu zwiększenie przejrzystości nadmiernie rozbudowanego katalogu świadczeń.

Uwagę zwrócić należy również na dowolność i wynikającą z niej bardzo dużą rozbieżność w stawkach ryczałtów dobowych w izbach przyjęć, nie mająca uzasadnienia w rzeczywistej aktywności poszczególnych świadczeniodawców. Dlatego też, w celu urealnienia wyceny i ustalenia jej na poziomie odzwierciedlającym jej funkcję, Agencja proponuje przyjęcie podejścia zbliżonego do sposobu finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, w których na wysokość ryczałtu dobowego składa się część za strukturę (wyposażenie i personel) oraz część za funkcję (liczba „obsługiwanych” pacjentów). Propozycja taryfy dla psychiatrycznej izby przyjęć obejmuje zatem dwa elementy: stałą wartość dobowego ryczałtu bazowego oraz część będącą iloczynem ceny jednej porady i liczby „odmów” (pacjentów skonsultowanych na izbie przyjęć i nie przyjętych na oddział szpitalny) sprawozdanych do NFZ w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Przyjęcie taryf w proponowanej wysokości oraz odejście od limitowania wybranych świadczeń będzie się wiązało ze wzrostem wydatków płatnika o 3,45% (około 78 mln zł), w tym dla świadczeń ambulatoryjnych wzrost wyniesie 7% (około 37,6 mln zł), natomiast dla świadczeń szpitalnych 2,35% (około 40 mln zł). Do oszacowania skutków finansowych wykorzystano dane Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie liczby, średniej ceny i wartości świadczeń zrealizowanych w roku 2015 oraz szacunkowej informacji o liczbie oczekujących do wybranych komórek organizacyjnych.