

**Und so können Sie uns erreichen:
Kontakt można nawiązać bezpośrednio:**

In Deutschland / W Niemczech:

Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V.
c/o Dipl. Päd. Sabine Radtke-Götz
v. Bodelschwingh'sche Anstalten
Postfach 13 02 28
33545 Bielefeld
Königsweg 26
33617 Bielefeld
Tel.: 0521 / 144 - 3911
Fax.: 0521 / 144 - 3032
Westdeutsche Landesbank Münster
Konto Nr.: 600 122, BLZ: 400 500 00

In Polen / W Polsce:

Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego
c/o dr Andrzej Cechnicki
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ
ul. Kopernika 21 b
PL 31-501 Kraków
Tel.: 0048/12 / 21 04 60
Fax.: 0048/12 / 21 56 95
Konto: Bank PKO S.A. O/Kraków
5.35078-7007514-270110-1110

MICHAEL KNOLL

Problem finansowania pomocy psychiatrycznej w Niemczech*

Wstęp

Wszyscy znamy skutki ludzkich stanów chorobowych. Osłabiają nas i ograniczają swobodę dysponowania samym sobą. Do ograniczeń związanych z każdą poważną chorobą dochodzi jeszcze w przypadku choroby psychicznej z reguły tak elementarny i zagrażający egzystencji problem, jak zubożenie finansowe.

Choroba psychiczna oznacza przez długi okres czasu nie tylko życie z pytaniem „Co ta choroba ze mną robi?“, lecz także: „Jaka przestrzeń, jakie miejsce, jaka baza finansowo - egzystencjalna zostanie mi w ogóle przydzielona?“

Jedno spojrzenie na wieloosobową salę oddziału dla pacjentów chronicznych może dać nam wyobrażenie o ogromie tego lęku egzystencjalnego, jeśli tylko wstawimy się w położenie jednego z tych ludzi zajmujących łóżko na tym oddziale. Łóżko z niewielkim otoczeniem nie jest bowiem rzeczywistą przestrzenią życiową, ojczyzną; a i rodzina generacyjna nie nadaje się w zasadzie dla dorosłego człowieka na miejsce stałego pobytu, oraz długotrwałego świadczenia o charakterze socjalnym lub/i medycznym.

Do administracyjnych źródeł wspomnianych zagrożeń egzystencji ludzi chorych psychicznie należą:

a) zaprogramowane wypadnięcie z systemu zabezpieczeń socjalnych (kasa chorych, wczesna renta);

b) konstrukcja systemu pomocy socjalnej jako pomocy o podrzędnym znaczeniu, która w razie dodatkowych zarobków lub posiadania majątku zmniejsza się konsekwentnie i uniemożliwia „wypracowanie" sobie niezależności od pomocy socjalnej;

c) skomplikowanie naszego systemu kosztów, który w zasadzie skoncentrowany jest na jednostce (finansowanie przez odnośne instytucje pojedynczych jednostek chorobowych).

Pacjenci psychiatryczni praktycznie zawsze wymagają kompleksowej opieki i takiegoż leczenia, w związku z czym praktycznie zawsze za stronę finansową odpowiada kilka instytucji. Ryczałtowe finansowanie niezbędnej oferty leczniczej lub specyficznej przestrzeni życiowej dla chorych psychicznie jest więc wyjątkiem. Zazwyczaj mamy do czynienia z trudnymi do przeniknięcia, zawężonymi sposobami finansowania. W wielu dziedzinach komplementarnych brakuje jeszcze nawet obowiązujących uregulowań prawnych w tym zakresie.

Jeżeli więc centralne pytanie dla terapeutów i opiekunów brzmi: gdzie znajdę odpowiednią ofertę opieki?, to z punktu widzenia instytucji opłacającej leczenie podstawowe pytanie brzmi: czy świadczenia dla chorych psychicznie są natury medycznej - jeśli tak, to które?, czy też są to świadczenia natury socjalnej - jeśli tak, to które?

* Wykład wygłoszony na II Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Gniezno, 1991

Świadczenia medyczne czy socjalne?

Najłatwiej zrozumieć ten problem można na ostrym oddziale stacjonarnym: tutaj funkcjonuje obecnie jeszcze ubezpieczenie chorobowe w sensie świadczenia kompleksowego jako pełne ubezpieczenie za usługi lekarskie, medyczno - techniczne, pielęgnacyjne i nielekarckie, za wszystkie usługi socjalno - terapeutyczne, za mieszkanie i wyżywienie.

Ale jak tylko choroba „chroniczniej”, względnie wymaga kilkuletniej, wręcz stałej opieki, nasz wieloczołowy system finansowania wydatnie komplikuje orientację, a tym samym korzystanie z prawnie zagwarantowanej pomocy. W Niemczech posiadamy:

- a) system kas chorych dla usług medycznych,
- b) system ubezpieczeń rentowych dla usług rehabilitacyjnych, które mają za zadanie (w przeciągu określonego czasu) spowodować, aby pacjent znów był sprawny i powrócił do pracy (tzw. przywrócenie zdolności do pracy),
- c) a przede wszystkim rozległy, wewnątrzłańcucha odpowiedzialnych, „niżej postawiony” system pomocy socjalnej, o ile poprzednie nie mają już zastosowania, co następuje, gdy na plan pierwszy wysuwają się zabiegi pielęgnacyjne i opieka.

Finansowanie domów opieki i sprawujących podobną funkcję oddziałów szpitalnych leży w gestii instytucji nadrzędnych (nie lokalnych), natomiast dziedziny komplementarne w gminie lub w rejonie finansowane są zarówno przez instytucję lokalną jak i instytucję nadrzędną.

Tak więc w Hesji finansowanie mieszkań chronionych jest tak uregulowane, że koszty bieżące za opiekę pokrywane są przez Krajowy Związek Charytatywny jako instytucję nadrzędną, natomiast instytucje lokalne ponoszą koszty utrzymania pensjonariuszy i czynszu. Inwestycje finansuje w 20% właściciel, pozostałe 80% dzielą między siebie lokalne i nadrzędne instytucje - płatnicy na pomoc socjalną.

Abstrahując od tego, że z usług rehabilitacyjnych korzysta jedynie ok. 10% wszystkich chorych na schizofrenię w relacji do ogólnej liczby wszystkich chorych psychicznie przebywających w szpitalach, zasady finansowania tych jakże potrzebnych działań komplementarnych są niejednolite, różnicowane regionalnie

i powodujące dezorientację. W końcu fundusz każdego elementu instytucji socjalno - psychiatrycznej zasilany jest z różnych i nie zawsze jednoznacznie zabezpieczonych źródeł finansowych. Tylko niewielu obywateli naszej Republiki orientuje się w całości systemu finansowania usług leczniczych, nie są to jednak z pewnością sami zainteresowani ani ich rodziny.

Dla pacjenta wielkie utrudnienie stanowi też fakt, że podczas całej swojej historii choroby względnie zdrowienia staje się klientem coraz to innych instytucji. Jeśli prześledzi się jego drogę od ostrego stanu choroby aż do momentu rehabilitacji, to okaże się, że jest on

1. partnerem kasy chorych w ostrej fazie choroby,
2. partnerem ubezpieczenia rentowego, jeśli korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych mających przywrócić mu jego zdolność do pracy,
3. partnerem lokalnej pomocy społecznej, jeżeli korzysta z ambulatoryjnych świadczeń socjalnych,
4. partnerem pomocy socjalnej wyższego szczebla, jeżeli staje się pensjonariuszem domu opieki,
5. partnerem instytucji finansujących pomoc społeczną zarówno wyższego jak i niższego szczebla, jeżeli jest lokatorem mieszkania chronionego,
6. partnerem trzech lub czterech instytucji - płatników równocześnie, włącznie z urzędem d/s zatrudnienia, jeśli bierze udział w modelu RPK lub jest pensjonariuszem określonych domów przejściowych.

Każda taka zmiana związana jest ze wstępnym obliczeniem kosztów, co jest bardzo skomplikowane, z reguły długotrwałe, przez co staje się zagrożeniem dla osiągniętego już poziomu rehabilitacji. O wiele bardziej przejrzysta i zrozumiała dla użytkownika, przy tym skuteczniejsza i tańsza byłaby z pewnością instytucja finansująca stworzona według modelu zaproponowanego w „Zaleceniach komisji ekspertów rządu federalnego”. Jednak istnienie takiej instytucji jest niezgodne z naszymi przepisami o pomocy socjalnej.

W tym kontekście oraz w procesie urzeczywistniania zarządzeń dotyczących personelu zatrudnionego w psychiatrii duże problemy stwarzają coraz częstsze, co prawda zrozumiałe ale niekorzystne dla pacjentów próby odzegnania się kas chorych od świadczeń w fazie przedchorobowej (prewencja, interwen-

cja kryzysowa), od „jedynie” zabezpieczenia osiągniętego stanu wyleczenia (za wyjątkiem „uzupełniających zabiegów rehabilitacyjnych”), od długotrwałego leczenia, jeżeli nie nastąpiło dramatyczne pogorszenie się stanu chorego, nawet wbrew opinii lekarzy o niezbędności środków szpitalnych, od ponoszenia kosztów utrzymania placówek przejściowych bez ustalonej koncepcji działań rehabilitacyjnych.

To ostatnie prowadzi w konsekwencji za zwyczaj do niekorzystnego dla przebiegu terapii przymusu rehabilitacji w wielu placówkach przejściowych, a mianowicie tam, gdzie część kosztów ponosi kasa chorych.

Wielkie problemy finansowo - inwestycyjne powstaną także wkrótce w związku z koniecznym zmniejszaniem szpitali psychiatrycznych, bądź też z tworzeniem oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Stulózkowy oddział wymaga nakładów finansowych w wysokości 35 mln DM. Oczywiście powstaje pytanie, co stanie się z pacjentami, którzy obecnie czekają na „środowiskowe” miejsce w swoim szpitalu miejskim lub okręgowym, a w przyszłości w jednym z tych wielkich szpitali lecznictwa psychiatrycznego? Dla nich nie będzie już pieniędzy na utrzymanie na odpowiednio godnym poziomie tego, co już istnieje. Jeżeli poważnie rozpocznie się budowę nowych oddziałów szpitalnych, to inwestycje te przez dziesiątki lat pochłaniać będą wszystkie pieniądze przeznaczone na psychiatrię.

Opinia, że przy obecnie osiągniętym „poziomie” szpitali psychiatrycznych można pogodzić się na dziesiątki lat z zaprzestaniem przebudowy istniejących specjalistycznych szpitali psychiatrycznych, musi wydawać się cyniczna.

Dehospitalizacja

W drugiej części mojego wystąpienia chciałbym omówić lokalno - polityczne skutki tych zmian socjalno - psychiatrycznych w naszym systemie. Nie można ich jeszcze w pełni ocenić, ale stworzono już dla nich podstawy prawne, dzięki czemu są już widoczne.

Wszyscy chcemy, aby część naszych „źle umiejscowionych” pacjentów opuściła wielkie szpitale psychiatryczne, zgodnie z zaleceniami rozporządzenia o personelu psychiatrycznym, MUSIMY to nawet uczynić. W Hesji chodzi prawdopodobnie o 800 do 900 ludzi, którzy

muszą być inaczey leczeni i znaleźć inny rodzaj opieki niż dotychczas w szpitalu. Obecnie są oni jeszcze „pacjentami”, ale tak naprawdę „gośćmi” w jednym z naszych szpitali; z drugiej strony byli oni na skutek ryczałtowych stawek leczenia bardzo „tanio”, to znaczy, że zostali pozabawieni bardziej intensywnej i koniecznej terapii, zarówno medycznej, psychologicznej, jak i socjalnej. W końcu to oni subwencjonowali ostre oddziały stacjonarne, po oddziale neurologicznym i zorientowany psychosomatycznie oddział psychoterapeutyczny.

Dehospitalizacja oznacza, że ludzie ci zostaną przeniesieni albo do domu opieki (poza szpitalem, na terenie szpitala, albo w ramach jednostki organizacyjnej na jednym obszarze mieszkalnym) (nadrzędna instytucja finansująca pomoc socjalną), albo do prawdopodobnie bardziej pożądanego mieszkania chronionego w kombinacji z oddziałem dziennym. W tym ostatnim przypadku koszty utrzymania i czynszu ponosi instytucja lokalna, natomiast bieżące koszty opieki pokrywa instytucja nadrzędna.

Dzięki tym faktom socjalno - prawnym pacjent staje się odbiorcą pomocy społecznej razem ze znanymi problemami ubożenia i niskiego statusu społecznego. Z drugiej strony w przypadku rozwiązania, które wydaje się być dla pacjentów najlepsze, instytucje lokalne obciążone są nagle ogromnymi kosztami. Konkretnie oznacza to, że muszą optać utrzymanie i czynsz, a także znaleźć potrzebną przestrzeń mieszkalną. Po dziesięcioleciach, w których odpowiedzialność za współobywateli chorych psychicznie przebywających w wielkich szpitalach psychiatrycznych była niewidoczna, nagle instytucje lokalne mają przejść za nich odpowiedzialność. Nie są one jednak przygotowane do tego niewątpliwego postępu ani psychicznie, ani finansowo, na przykład stworzenie jednego miejsca w systemie mieszkań chronionych kosztuje gminę ok. 35 000 DM. Kosztami tymi nie da się obciążyć kogoś innego. W najkorzystniejszej formie terapii następuje więc redystrybucja wielkich sum, a mianowicie w kierunku od nadrzędnych do lokalnych instytucji - płatników na cele pomocy społecznej. To znaczy, że okręgi i miasta wydzielone nagle po latach niewidoczności pacjentów przewlekłe chorych zostały obciążone odpowiedzialnością za nich. Władze lokalne uczynią więc wszystko, aby szczególnie wokół byłych wielkich szpitali psychiatrycznych stworzyć domy opieki, które zapewnią napływ środków finansowych

z instytucji nadrzędnych oraz tak pożądane miejsca pracy. Natomiast z powodu trudności finansowych problematyczne staje się dla gminy utrzymanie instytucji mieszkańców chronionych.

Według wewnętrznych obliczeń Krajowego Związku Dobroczynnego w Hesji w modelu tym powstają z punktu widzenia gospodarki narodowej znaczne oszczędności, natomiast z punktu widzenia gospodarki komunalnej powstają koszty dodatkowe. Pojedynczy pacjent szpitala psychiatrycznego, którego nie obejmują już świadczenia kasy chorych kosztuje Krajowy Urząd d/s Socjalnych przeciętnie 82 000 DM na rok. Ten sam pacjent korzystający z instytucji mieszkania chronionego powoduje następujące koszty: Jednorazowy koszt inwestycji na znalezienie i urządzenie mieszkania w wys. 35 000 DM, bieżące koszty związane z utrzymaniem w wys. 10 800 DM na rok, bieżące koszty opieki w wys. ok. 8 000 DM na rok, reasumując koszty te sięgają niespełna 20 000 DM w ciągu roku. Jeśli pominiemy się inwestycje jednorazowe, to w ciągu roku otrzyma się oszczędności rzędu 60 000 DM na jednego pacjenta. „Oszczędności” te nie znajdują jednak odzwierciedlenia w gminach, które nagle muszą pokrywać koszt znalezienia i urządzenia mieszkania oraz część kosztów bieżących związanych z funkcjonowaniem mieszkań chronionych w wys. 10 800 DM na jednego pacjenta w ciągu roku. Jest więc oczywiste, że musi nastąpić zrównanie pod względem finansowym instytucji - płatników lokalnych i nadrzędnych.

Postulaty dotyczące przyszłych rozwiązań

1. Ten, kto potrzebuje opieki szpitalnej, musi ją otrzymać. Jeżeli przygotowanie pacjenta do objęcia mieszkania chronionego jest tak intensywne, że może odbywać się jedynie w szpitalu, koszty powinny być pokrywane przez kasy chorych lub ubezpieczenia. Służba medyczna kas chorych powinna pracować w klinikach, a nie decydować tylko na podstawie akt, czy pacjent wymaga leczenia szpitalnego, czy też nie. Poza tym w jej gestii leży sprawowanie kontroli nad prawidłowym sklasyfikowaniem pacjenta wymagającego leczenia szpitalnego, jak również rozpoznanie, kiedy pacjent powi-

nien stać się raczej pensjonariuszem domu opieki lub mieszkania chronionego.

2. Kto w sensie obliczania kosztów stał się już „przypadkiem dla pomocy socjalnej”, chociaż w przeszłości nie wyczerpano wszystkich środków medyczno - terapeutycznych (brak personelu), musi ponownie stać się pacjentem - w razie potrzeby na drodze sądowej - i odpowiednio zostać przygotowany do możliwości opuszczenia szpitala.
3. Pochopne klasyfikowanie pacjentów do grupy „przypadków dla pomocy socjalnej” było, przynajmniej w przeszłości, równoznaczne z pozbawieniem pacjenta jego statusu i majątku. Niech każdy lekarz spojry pod tym kątem na swój sposób postępowania dawniej i teraz i skontroluje swoje wewnętrzne nastawienie. Biegli wydający opinie powinni poddać swoją działalność moralnej refleksji!
4. Oszczędności wynikające z dehospitalizacji powinny powrócić do gmin (przede wszystkim tych z wielkimi szpitalami psychiatrycznymi na swoim terenie). Konkretnie oznacza to, że w ciągu 7 - 10 lat w każdym landzie powinno się na wzór Nadrenii stworzyć fundusz w wys. 50 - 70 mln. DM w celu umożliwienia zakupu nieruchomości dla pacjentów podlegających dehospitalizacji. Dla tych ludzi rynek mieszkaniowy w sensie wynajęcia mieszkania jest całkowicie wyłączone.
5. Personel szpitali psychiatrycznych pracujący w ambulatoriach, ewentualnie świadczący usługi komplementarne, a więc wykonujący pracę przyszłościową, nie powinien odczuć gwałtownego spadku swoich dochodów. Należałoby stworzyć ambulatoryjny system dodatków i utrata dodatków do pensji powinna być rekompensowana przez bardzo elastyczne sterowanie tym systemem.
6. Jeden pracownik powinien mieć pod swoją opieką 3 mieszkania chronione, a nie jak do tej pory 12. W przyszłości należy unikać rotacji opiekunów mieszkań chronionych, która częściowo spowodowana jest ekstremalnie niskim wynagrodzeniem, dążyć natomiast należy do rozwinięcia tożsamości zawodowej u tych współpracowników połączonej z możliwością awansu, jeżeli w przyszłości chce się osiągnąć pełną wydolność tej instytucji.

7. W dziedzinie usług komplementarnych należałoby zredukować obciążenie pracą administracyjną, polegającą na czasochłonnym prowadzeniu dokumentacji. „Zgłoszenia” o charakterze opinii do zamieszkania w mieszkaniu chronionym lub do uczęszczania do oddziału dziennego hamują rozwój usług komplementarnych lub prowadzą do punktu wyjścia.
8. Zmniejszające się szpitale psychiatryczne otrzymują mniejsze środki na utrzymanie, jednak ich potrzeby ciągle jeszcze są

ogromne. Nie wolno więc bez końca zaniebierać finansowania szpitali pod pretekstem konieczności budowy nowych oddziałów szpitalnych.

9. Wolni współpracownicy w dziedzinie usług komplementarnych muszą przejąć analogicznie do szpitali psychiatrycznych obowiązki opieki, to znaczy, że w przyszłości ich praca musi być zorientowana na potrzeby a nie na oferty.

tłum. Grażyna Pietruszewska