

Psychiatria polska wobec nowych wyzwań i problemów*

Jakie są cele Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego?

- ◇ Towarzystwo dąży do utrwalenia więzi między polską i niemiecką psychiatrią w wielu obszarach życia i w każdej dostępnej formie
- ◇ popiera rozwój psychiatrii środowiskowej i zorientowanej personalistycznie opieki nad chorymi psychicznie
- ◇ wspiera rozwój różnych struktur terapeutycznych
- ◇ wspiera badania naukowe, a szczególnie te, które analizują społeczne i kulturowe zależności psychiatrycznego myślenia i działania
- ◇ bierze udział w europejskim procesie zjednoczenia i integracji w psychiatrii oraz służy jako pośrednik w wymianie doświadczeń, idei i koncepcji reformy w psychiatrii
- ◇ pragnie przez swoje działania wnieść wkład w proces porozumienia między Polakami i Niemcami
- ◇ poprzez swą działalność służy celom humanitarnym oraz porozumieniu między narodami

Wprowadzenie

W Polsce w ostatnich kilku latach zachodzą głębokie i dramatyczne przemiany społeczno-gospodarcze, którym odpowiadają równoległe zmiany administracyjno - legislacyjne. Nie towarzyszą im jednak intensywne i pogłębione dyskusje nad nakreśleniem głównych celów i zadań polityki społeczno-ekonomicznej, w tym nad pożądanym modelem systemu opieki zdrowotnej w ramach kształtujących się rozwiązań ustrojowych. Głęboka zapaść ekonomiczna i finansowa, ogromny spadek produkcji oraz wzrastający deficyt budżetowy z towarzyszącym mu obniżeniem nader niskiego odsetku środków finansowych przeznaczonych na potrzeby służby zdrowia (3,8%), a także kolejne kampanie wyborcze i walki partyjne zepchnęły problemy reformy systemu świadczeń zdrowotnych na dalszy plan. Tak zatem, społeczne koszty i konsekwencje niektórych propozycji w tej dziedzinie nie są w pełni jasne i przejrzyste dla społeczeństwa. Jednocześnie trudne jest zajęcie klarownych pozycji wobec narastających zagrożeń i niesprawności funkcjonowania istniejącego systemu opieki zdrowotnej przez siły polityczne, ustawodawcze i administracyjne.

Dla wielu nadal kontrowersyjna jest teza, że mechanizm rynkowy jako jedyny lub nawet główny regulator systemu opieki zdrowotnej nie zapewnia optymalnego i satysfakcjonującego większość społeczeństwa poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, ich skuteczności oraz dostępności. Z drugiej strony powszechne przekonanie, że reformy w tej dziedzinie są konieczne, nie idzie w parze ze świadomością, że stworzenie takiego modelu jest procesem, który musi trwać lata oraz, że nie istnieje na świecie model, który można by poprostu skopiować i przenieść na nasz grunt. Nawet porady i wskazówki oraz wsparcie finansowe ze strony Światowego Banku nie oznaczają, że nie jest potrzebne poszukiwanie alternatywnych rozwiązań, okres dyskusji i prób, uzyskanie przyzwolenia i wsparcia ze strony społeczeństwa oraz konsensusu reprezentacji poszczególnych grup społecznych i politycznych dla realizacji zaakceptowanego programu oraz jego prawdopodobnych skutków. Likwidacja wielu osiągnięć poprzedniego systemu opieki zdrowotnej związanych z jego powszechnością i bezpłatnym charakterem nie może być wynikiem pochopnych i pospiesznych działań, wynikających z uwarunkowań doktrynalnych. Do takich działań można by zaliczyć zmianę zapisów konstytucji, wprowadzenie poważnych obciążeń finansowych dla licznych grup uboższej ludności, ograniczenie dostępności korzystania z rozmaitych usług służby zdrowia oraz określonych zabezpieczeń i „osłon” socjalnych. Wiemy, że nawet w wiele od nas bogat-

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

szej Wielkiej Brytanii obecne próby okrojenia świadczeń społecznych i częściowej prywatyzacji systemu opieki zdrowotnej wywołują silny opór ze strony licznych instytucji – w tym medycznych – oraz znaczących grup ludności, które odbierają te plany jako zagrożenie dla swojego poziomu życia i próbę przerwania kosztów recesji na ich barki, co w konsekwencji jeszcze bardziej pogłębia nierówność i niesprawiedliwość społeczną.

Należy podkreślić, że wiele założeń projektowanej w Polsce reformy uwzględnią te zastrzeżenia i postulaty. Zostało to potwierdzone w dokumentach i wystąpieniach kierownictwa Resortu Zdrowia oraz członków Sejmowej Komisji Zdrowia.

Do najważniejszych elementów tego programu należą: gwarancja Państwa zabezpieczenia sprawiedliwej i jednakowej dostępności dla wszystkich do korzystania ze świadczeń systemu zdrowotnego, rezygnacja Państwa z bezpośredniego zarządzania całym systemem, istotna rola państwowego budżetu w alokacji środków finansowych, zasada uwzględnienia analiz kosztów i wydatków, przekazanie wielu uprawnień, środków i decyzji lokalnym władzom, samorządom, regionom, gminom, stopniowe wdrożenie powszechnych ubezpieczeń, równe prawa funkcjonowania w służbie zdrowia społecznych, wyznaniowych, prywatnych i innych podmiotów, zwiększenie wpływu pacjentów i społeczności na działalność systemu opieki zdrowotnej, centralna i koordynująca rola lekarza rodzinnego w dostarczaniu świadczeń zdrowotnych i sprawowaniu opieki.

Jest rzeczą oczywistą, że realizacja tych założeń natrafia na liczne i niekiedy trudne do przewidzenia przeszkody. Wiążą się one nie tylko z aktualnie przeżywanym kryzysem, lecz także z niedostatecznym zrozumieniem wielu spraw zdrowia psychicznego przez polityków oraz próbami hamowania niektórych inicjatyw w zakresie promocji zdrowia – np. w zakresie planowania rodziny, oświaty seksualnej w szkole, naukowych badań prenatalnych – ze względów ideologicznych. Powstające zagrożenia mogą w pierwszym rzędzie dotknąć pacjentów psychiatrycznych, którzy zawsze należeli do najsłabszych i dyskryminowanych a wielu z nich już obecnie cierpi nie tylko z powodu choroby, lecz także warunków leczenia, zamieszkania, braku zatrudnienia, sytuacji finansowej, braku zabezpieczenia praw i obowiązków przez istniejące prawodawstwo.

Spróbujmy zasygnalizować na przykładzie pewnych zjawisk zachodzących w systemie opieki psychiatrycznej zarysowujące się problemy i wyzwania.

Lecznictwo psychiatryczne: szpitale i oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych

Powszechnym obecnie jest zjawisko załamania się planów inwestycyjnych i remontów szpitalnych, budżetu szpitali na wydatki rzeczowe i obniżenie się plac personelu w różnych wymiarach poza uposażeniem zasadniczym. Jednocześnie występuje rosnące zapotrzebowanie na hospitalizację pozostające w związku z kryzysem ekonomicznym dotyczącym pacjentów i ich środowisko rodzinne. Ponieważ wypis leżącego członka rodziny może oznaczać pogłębienie trudności w jego codziennej egzystencji, rodzina dąży niekiedy do przedłużenia okresu hospitalizacji, pragną również tego nieraz sami pacjenci, zwłaszcza emeryci, renciści a ostatnio także bezrobotni. Jednocześnie niekiedy obserwuje się skłonność rodziny chorego do przejmowania jego zasiłku chorobowego, renty lub emerytury, wynajmowania jego mieszkania. Równoległe występuje zmniejszenie udziału chorych psychicznie wśród korzystających z pomocy społecznej, maleje także wysokość świadczeń. Zjawiska te wpływają także na zapotrzebowanie na hospitalizację. Podobne są skutki przekazania przez MZiOS domów pomocy społecznej Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, które praktycznie udostępniło je pacjentom z zespołami otępiennym.

Czynnikiem, który również może się przyczynić do zwiększenia nacisku na hospitalizację, jest upadek wielu spółdzielni inwalidzkich, które zatrudniały chorych psychicznie. Skutkiem tych zjawisk może być: pogorszenie się warunków pobytu w szpitalach oraz szkody dla procesu rehabilitacji, zwłaszcza chorych przewlekłe, a także wzrost kosztów leczenia.

Należy jeszcze liczyć się z prawdopodobieństwem, że na lecznictwo psychiatryczne zapewne już w niedługim czasie spadną nowe zadania w związku z szerzeniem się AIDS nie tylko w grupach wysokiego ryzyka, ale także w populacji ogólnej jak i w populacji szpitali psychiatrycznych.

Lecznictwo psychiatryczne pozaszpitalne: baza

Baza tego lecnictwa może ulec zubożeniu m. in. w drodze reprivatyzacji poszczególnych obiektów. Perspektywa zmniejszenia się liczby obecnie działających oddziałów dziennych i poradni może się wiązać ze znacznymi zadłużeniami tych placówek oraz oszczędnościami jakie będą usiłowali osiągnąć administratorzy służby zdrowia, którzy być może nie docenią znaczenia terapeutycznych pośrednich form leczenia i tego, że stanowią one w odniesieniu do większości tam leczonych realną alternatywę hospitalizacji pełnodobowej. To samo odnosi się do załamania się Spółdzielni Inwalidzkich.

Kadra lecnictwa psychiatrycznego

W związku z ograniczeniem środków na opłacanie kadry i jej szkolenie, można mniemać że redukcja personelu dotyczyć będzie w pierwszej kolejności pracowników paramedycznych, tj. psychologów, asystentów społecznych, terapeutów zajęciowych (raz jeszcze można domniemywać, że wielu administratorów uzna ich zatrudnienie za niekonieczne) a w dalszej kolejności pielęgniarek i lekarzy. Z drugiej strony, w związku z potencjalnie lepszymi możliwościami zarobkowania w specjalnościach niepsychiatrycznych i perspektywą zmniejszenia się w najbliższych latach liczby absolwentów AM ilość specjalizujących się w zakresie psychiatrii nie jest zbyt duża. Być może ewentualny wzrost bezrobocia wśród lekarzy będzie bodźcem do podjęcia pracy w psychiatrii.

Aktualnie obserwuje się narastający brak środków finansowych na szkolenie podyplomowe, nie dysponują nimi także instytucje w tym celu powołane tj. CMKP i WODKAM y, które w większości zostały rozwiązane. Skutkuje to ograniczeniem liczby kursów dokształcających, zwłaszcza gdy wiążą się one z koniecznością zakwaterowania poza miejscem zamieszkania. Z tych samych względów również następuje ograniczenie możliwości udziału w rozmaitych imprezach naukowo-szkoleniowych.

Przewidziane wprowadzenie jednostopniowej specjalizacji w psychiatrii z jednocze-

snym skróceniem czasu jej trwania nie musiałyby prowadzić do pogorszenia kwalifikacji, o ile zostaną stworzone „etaty szkoleniowe” oraz możliwości szkolenia poza formalnym programem specjalizacji, tak w czasie jej trwania, jak i po jej ukończeniu. Przykładem mógłby tu być licencjat w zakresie psychoterapii wprowadzony przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, potrzebne byłoby dodatkowe szkolenie w psychiatrii młodzieżowej, a także w psychogeriatricznym i lecnictwie odwykowym.

Dla jakości świadczeń udzielanych osobom z zaburzeniami psychicznymi duże znaczenie będzie miało przygotowanie lekarza ogólnego (rodzinnego) w prowadzeniu działań prewencyjnych, w rozpoznawaniu i leczeniu tych zaburzeń. Być może, w dość odległej perspektywie 8–10 lat lekarze ci przejmą część świadczeń udzielanych obecnie przez psychiatrów, dlatego też, konieczne jest aby ich kwalifikacje były w tym zakresie istotnie wyższe niż lekarzy rejonowych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Wymaga to opracowania nowego programu kształcenia lekarzy rodzinnych w zakresie psychiatrii i psychologii medycznej oraz jego realizacji przez zabezpieczenie możliwości systematycznego szkolenia przez wysoko-kwalifikowanych wykładowców w znacznie większym i szerszym zakresie niż obecnie.

Nie jest wykluczone pogorszenie jakości i dostępności świadczeń udzielanych przez społeczne służby psychiatryczne ze względu na przechodzenie lekarzy tam zatrudnionych do prywatnej praktyki - może to bowiem oznaczać rezygnację z zatrudnienia w PZP, które nadal powinny być podstawowym ogniwem ambulatoryjnej pomocy. Zjawisko to będzie stanowić realne zagrożenie dopiero wówczas, gdy świadczenia udzielane poza społeczną służbą zdrowia zostaną objęte ubezpieczeniami ponadobowiązkowymi. Aktualnie wydaje się, że popyt na tego typu świadczenia zostanie szybko zrównoważony przez podaż. Natomiast sprawa kontroli jakości świadczonych usług przez lekarzy prywatnie praktykujących oraz kwestia ich odpowiedzialności zawodowej pozostaje otwartą. Wprawdzie w tym zakresie Izby Lekarskie mogą odegrać istotną rolę, ale zadania specjalistycznego nadzoru również i w tej dziedzinie wymagają określenia. Może budzić wątpliwości działalność osób zatrudnionych prywatnie w psychiatrii w takich usługach jak: deteksykacja alkoholowa i uzależnienia oraz stosujących wschodnie odmiany medytacji, akupunkturę itp.

Problematyka przewidywanych zmian przez ZUS w zakresie ubezpieczeń społecznych

ZUS przewiduje, że obowiązkowymi ubezpieczeniami byłyby objęte jedynie świadczenia standardowe. W odniesieniu do psychiatrii mogłyby to oznaczać, że za leczenie nie płaciłby pacjent z psychozami a płaciłby pacjent z nerwicami. Podobne rozgraniczenie należałoby uznać za nietrafne i błędne z medycznego punktu widzenia. Trudno zgodzić się z ewentualnymi projektodawcami, że w każdym wypadku nie zachodzi utrata – choćby okresowa – zdolności do zarobkowania. Założeniem ZUS jest, że zasilek chorobowy jest wyrównaniem strat jakie pacjent ponosi w związku z tym, że nie jest w stanie zarobkować. Trzeba też zauważyć, że ten sam pacjent z uzależnieniem od alkoholu nie płaciłby za leczenie w okresie majaczenia a z chwilą jego ustąpienia płaciłby za leczenie szpitalne. Nie jest jasne jak miałyby wyglądać kwestia odpłatności za leczenie uzależnień innych niż od alkoholu. Względy społeczne i epidemiologiczne przemawiają za nieodpłatnością świadczeń w tych przypadkach. Powyższe uwagi nie oznaczają, że stan obecny można uznać za zadawalający. Budzi wątpliwość w pełni nieodpłatne leczenie pacjentów psychiatrycznych – niezależne od tego z jakiego powodu są oni leczeni – oraz dopuszczalność wielomiesięcznych niezdolności do pracy i w ślad za tym wypłacanie 100 % zasiłku w przypadku nerwicy.

Programy psychiatrii środowiskowej i projekt ustawy „O ochronie zdrowia psychicznego”

Jest oczywiste, że w warunkach kryzysu załamują się, przyjęte jeszcze w latach siedemdziesiątych, programy psychiatrii środowiskowej. Zakładały one stały wzrost dostępności różnicowanych, zależnie od stanu pacjenta, świadczeń udzielanych przez pozaszpitalne zwłaszcza jednostki leczenia. Programy te, w toku ich wdrażania zostały zaakceptowane przez większość środowiska psychiatrycznego i aktualnie należy podejmować maksimum wysiłków aby chronić to co uchronić można. O te założenia oparty jest projekt ustawy

„O ochronie zdrowia psychicznego” /obecna wersja czytana jest w komisjach sejmowych. Naszym zdaniem załamanie się budżetu i perspektywy na najbliższe lata poważnie utrudniają wdrażanie tego projektu, ponieważ nieuchronnie musiałoby wiązać się to z dość znacznym wzrostem środków przeznaczanych na psychiatrię – założeniem projektu było przeciwnie, że rosnąć będą wydatki na bazę i kadry. Także kwestia zawężenia przesłanek przymusu wiązała się z założeniem, że rozbudowane będą formy leczenia pozaszpitalnego. Dziś można przewidzieć, że dostępność świadczeń nie poprawi się, a raczej się pogorszy. Do tych realiów zapewne powinien być dostosowany projekt, co oznacza, że raczej musi on czekać na rozwiązanie systemowe modelu systemu służby zdrowia. Czy jednak jest możliwe aby Polska nadal wyróżniała się brakiem przepisów o randze ustaw regulujących pozbawienie wolności człowieka w związku z jego stanem psychicznym?

Nie chcielibyśmy aby sygnalizowanie zagrożeń i wyzwań sprawiało wrażenie jednostronnej analizy i czarnowidztwa. Sądzimy, że niektóre z zarysowujących i występujących ujemnych konsekwencji mogą ulec zahamowaniu lub neutralizacji przez ich właściwe ostrzeżenie, ocenę i poszukiwanie możliwych środków zaradczych. Równoległe można zaobserwować pewne pozytywne fakty, związane w pierwszym rzędzie ze wzrostem inicjatywy i aktywności w niektórych środowiskach.

Do takich zjawisk zaliczyć można poszukiwanie i wypróbowywanie alternatywnych rozwiązań, pojawienie się lokalnych inicjatyw, organizowanie się ruchów i organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Powstają Stowarzyszenia Samopomocy i na Rzecz Pacjentów, Fundacje i Konsorcja, zwiększyła się ilość wydawniczych pozycji poświęconych zdrowiu psychicznemu. Toczą się dyskusje nad zmianami struktury zarządzania psychiatryczną opieką zdrowotną, polegającą na oddzieleniu administracji wojewódzkiej od zarządu finansowego i zarządu usługami zdrowotnymi oraz powstaniu zintegrowanego systemu obejmującego wszystkie psychiatryczne zakłady opieki zdrowotnej. Opracowuje się programy kształcenia lekarza rodzinnego w zakresie psychiatrii, zakończono redakcję „Poradnika z zakresu psychiatrii dla lekarza rodzinnego”, kontynuowane są prace nad normami i stan-

dardami dla zakładów psychiatrycznych, stwarza się programy i modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej (vide materiały konferencji: „Polityka w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w okresie przemian lat 90-tych”).

W ostatnich latach powstało Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego, pilotuje ono szereg powstających partnerstw między szpitalami polskimi i niemieckimi, opracowuje projekty modelowych regionów psychiatrycznych. Istnieją inicjatywy ożywienia nowych form szkolenia (powstanie Towarzystwa Balintowskiego, Instytutu Psychoanalizy, Polsko-Amerykańskie seminarium itp.), inicjacji aktualnych nowych tematów badawczych (np. nad związkami międzybezrobociem a zdrowiem psychicznym). Jednym z głównych zadań jest włączenie do trwających dyskusji szerokiego rzesz pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, członków Towarzystwa Psychiatrycznego, Psychologicznego, Pielęgniarskiego, Socjologicznego, Stowarzyszeń Pomocy Chorym Psychicznym i Samopomocy, agend rządowych i samorządowych, środków masowego przekazu, związków zawodowych, Izb Lekarskich. Celem tych działań musi być ukształtowanie właściwego modelu opieki psychiatrycznej i poradzenie sobie z zagrożeniami i problemami stojącymi przed polską psychiatrią.

Na zakończenie chcielibyśmy przedstawić propozycje rozwiązań, które możnaby wprowadzić czekając na regulację prawną pozostających do uregulowania kwestii w zakresie opieki zdrowotnej. Zmiany te natury doraźnie

administracyjnej mogłyby prawdopodobnie przynieść zatrzymanie postępującego załamania się dostępności świadczeń udzielanych przez psychiatryczną społeczną służbę zdrowotną.

> Należy uczynić dysponentami środków przyznawanych z budżetu na leczenie psychiatryczne lokalnych dysponentów na poziomie dzielnicy wielkomiejskiej lub związków gmin /województw, regionów/. W odniesieniu do psychiatrii, rozdział środków powinien odbywać się z udziałem specjalisty wojewódzkiego.

> Jeżeli z środków przyznanych dzielnicy (województwu, związkowi gmin) z budżetu na potrzeby lecznicze udzielane są świadczenia na rzecz innych obszarów, to koszty tego leczenia powinny być refundowane przez właściwego dla miejsca zamieszkania dysponenta środków.

> Zmniejszenie ponoszonych obecnie kosztów i lepsze wykorzystanie mogłoby przynieść zatrudnienie kadry szpitalnej i pozaszpitalnej przez jednego płatnika na obszarze dzielnicy /województwa, związku gmin/. Mogłoby to służyć zapewnieniu ciągłości opieki nad indywidualnym pacjentem.

> Dla nawiązania bliższych więzi między leczeniem psychiatrycznym, władzami samorządowymi i ludnością lokalną należy przyspieszyć tworzenie Rad Nadzorczych z udziałem zaproponowanych przez te grupy przedstawicieli.

Mamy nadzieję, że te przedstawione rozważania i sugestie przyczynią się do dalszych dyskusji i poszukiwania rozwiązań.