

## Ocena realizacji psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych z okresu przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pilotażowych centrów zdrowia psychicznego w Polsce z wykorzystaniem wskaźników monitorujących

### Evaluation of Mental Health Services Delivered Before and After the Introduction of Pilot Mental Health Centres in Poland Using Monitoring Indicators

Andrzej Kiejna<sup>1,2</sup>, Mariusz Zięba<sup>3</sup>, Ewelina Cichoń<sup>1,2</sup>, Sylwia Paciorek<sup>3</sup>, Jolanta Janus<sup>3</sup>, Tomasz M. Gondek<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu, Instytut Psychologii, Toruń, Polska

<sup>2</sup> Dolnośląska Szkoła Wyższa, Kolegium Studiów Psychologicznych, Wrocław, Polska

<sup>3</sup> Ministerstwo Zdrowia, Departament Analiz i Strategii, Warszawa, Polska

<sup>4</sup> Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego, Wrocław, Polska

<sup>5</sup> Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne, Early Career Psychiatrists Committee

#### Summary

**Aim.** The study assessed the performance of Mental Health Centers compared to previous non-integrated mental health facilities.

**Method.** The study used National Health Fund (NHF) data of individuals over 18 years treated in 27 centers (January 2017–February 2020). Performance indicators from 19 months before ( $N = 124,497$ ) and after the introduction of Mental Health Centers ( $N = 182,789$ ) were compared for outpatient care, community treatment teams, inpatient wards, and day wards.

**Results.** The total number of patients who received mental health care increased, compared to before the establishment of those Centers; whereas the number of hospitalizations decreased by 6% and the number of patient days per person decreased by 9%. Day care saw a 14% increase in admissions following the introduction of Mental Health Centers, with a 5% decrease in patient days per person. The proportion of patients in community care increased by 86%, in outpatient care by 62% and in day care by 14%. The number of first-time patients after the introduction of Mental Health Centers increased and the number of follow-up patients decreased. For all groups of mental disorders, the priority indicator in inpatient care decreased, while increasing in outpatient and community care for most groups of disorders.

**Conclusions.** The results confirmed the effectiveness of the implemented National Mental Health Protection Program project in relation to the availability and reduction of inpatient treatment through Mental Health Centers. The methodology used in this study can be used for assessing the effectiveness of Mental Health Centre activities in subsequent stages of the pilot.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, wskaźniki jakości, reforma systemu opieki zdrowotnej

**Key words:** mental health, quality indicators, healthcare reform

## Wstęp

Reforma psychiatrii w Polsce nawiązuje do modelu zaproponowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), który zawiera się w dwóch kluczowych wyzwaniach określanych hasłowo jako „deinstytucjonalizacja” i „destygmatyzacja”. Zaleca on, ażeby kraje zbudowały lub przekształciły swoje usługi w zakresie zdrowia psychicznego według określonego schematu [1]. Zasadnicza reforma powinna obejmować trzy główne działania, tj.: (1) integrację usług zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną, (2) stworzenie środowiskowych usług psychiatrycznych wraz z zapewnieniem usług stacjonarnych w szpitalach ogólnych, a także (3) ograniczenie roli szpitali psychiatrycznych jedynie do szczególnych zadań (leczenie długoterminowe lub specjalistyczne).

W Polsce dopiero w ramach drugiego etapu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) realizowanego w latach 2017–2022 zostały wdrożone działania w tym zakresie [2]. W 2018 roku powołano 27 pilotażowych Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w celu udzielania kompleksowych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej (ŚPOZ) w określonych terytorialnie populacjach, z finansowaniem *per capita*, a nie jak dotychczas „za każde wykonane świadczenie medyczne” [3].

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wartość ryczałtu przeznaczanego na CZP w 2019 roku była o 129,3% wyższa od finansowania ŚPOZ w 2017 roku w tym samym obszarze działania, co późniejsze CZP. Symulacja kosztów obejmujących tożsame świadczenia wykazała wzrost finansowania o 114 milionów złotych [4]. Jednym z kryteriów oceny przebiegu pilotażu był odsetek populacji objętej programem. W załączniku nr 2 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wśród zadań NPOZP [5] wymienia się utworzenie CZP w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500 osobom dorosłym na obszarze zamieszkałym przez co najmniej 50 tysięcy mieszkańców (3000/100 tys. mieszkańców, 3%). NFZ natomiast wskazuje jako cel CZP uzyskanie dostępu do ŚPOZ przez co najmniej 8% dorosłych mieszkańców z obszaru działania CZP [6]. Wskaźnik, który uzyskano w 2019 roku, wynosił 3,3% (prawie 2,5-krotnie niższy od założonego przez NFZ), przekraczając tylko o 0,37% wynik z 2017 roku, co wskazuje na dużą różnicę względem oczekiwanych rezultatów, a ponadto na występowanie jeszcze większej luki między rozpowszechnieniem populacyjnym (rzeczywistym) a zgłaszalnością do leczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego [6, 7].

Po upływie pierwszego roku pilotażu (2018–2019) Biuro ds. Pilotażu przedstawiło własne analizy i wynikające z nich konkluzje. Za najważniejsze uznano: odwróce-

nie wieloletniego trendu spadkowego leczonych ogółem na 100 tys. mieszkańców, znaczący rozwój pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej, wzrost wskaźnika porad psychologicznych i sesji psychoterapii oraz redukcję osobodni hospitalizacji ogółem na 100 tys. mieszkańców w ciągu roku. Całościowe wyniki były lepsze w populacji osób dorosłych zamieszkałych na obszarach działania centrów z grupy CZP-1, różniących się poziomem ryczałtu na populację w 2019 roku od centrów z grupy CZP-2 [8]. W grupie CZP-2 wyniki były porównywalne lub w niektórych pozycjach nieznacznie gorsze niż w grupie kontrolnej [8].

Niespójność w ocenie obserwowanego efektu, pomimo że interpretowane dane pochodzą z jednego źródła (NFZ), decyduje o potrzebie zastosowania w tych badaniach ujednoliconej metodologii, z wykorzystaniem wskaźników, które będą pomocne w monitorowaniu działań na rzecz reformy w ochronie zdrowia psychicznego zgodnie z zaleceniami WHO [9, 10]. Wśród wielu obszarów tematycznych za szczególnie użyteczne dla monitorowania procesu reform uważa się te, które są objęte mapowaniem opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej całej populacji. Są to wskaźniki dotyczące m.in.: zasobów i ich wykorzystania w ramach opieki psychiatrycznej, kosztów zaburzeń psychicznych, statystyki samobójstw oraz umieralności wśród osób z zaburzeniami psychicznymi [11, 12]. Badania, które przeprowadzono w krajach reformujących system opieki psychiatrycznej [13–16], wskazują na konieczność zbierania i analizowania odpowiedniej rangi danych, aby wykazać skuteczność podejmowanych działań, ale też zachować możliwość korekty procesu, tak by zmierzał on we właściwym kierunku.

Odnosząc się do doświadczeń z innych krajów, wydaje się oczywiste, aby w ramach pilotażu do oceny efektywności CZP w zakresie opieki psychiatrycznej w porównaniu z modelem tradycyjnym zastosować metodę naukową, wykorzystując do tego celu wskaźniki, które pozwolą monitorować postęp we wdrażaniu reformy w Polsce.

## Material

Punktem wyjścia artykułu jest projekt „Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, w którego ramach w 2021 roku utworzono 20 interaktywnych aplikacji dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom, m.in. korzystającym z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz z programów pilotażowych w CZP. Aplikacje oparte są na danych Narodowego Funduszu Zdrowia i stanowią narzędzie analityczne umożliwiające odbiorcom dotarcie do danych na temat realizacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców Polski.

W badaniu wykorzystano sprawozdawcze dane jednostkowe NFZ, które zostały wykazane płatnikowi w okresie od stycznia 2017 do lutego 2020 roku. Analizując dane o działalności CZP, wzięto pod uwagę 27 ośrodków, które jako pierwsze zostały zakwalifikowane do programu. Analizie porównawczej poddano okres 19 miesięcy przed rozpoczęciem i po rozpoczęciu działalności jako CZP. Pierwszy okres obejmował 19 miesięcy, począwszy od 2017 roku do początku działalności wybranych ośrodków jako CZP (okres przed wprowadzeniem programu CZP: 1.01.2017–31.07.2018). Od 1 sierpnia 2018 roku rozpoczyna się drugi analizowany okres, który obejmuje kolejne 19 miesięcy i kończy się w lutym 2020 roku (okres po wprowadzeniu programu CZP:

1.08.2018–28.02.2020). Do analiz nie włączono danych od marca 2020 roku ze względu na wybuch pandemii COVID-19, wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2, co niewątpliwie miało wpływ na udzielanie świadczeń. W badaniu uwzględniono 124 497 osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych (z wyłączeniem uzależnień) w okresie pierwszym i 182 789 osób w okresie drugim. Baza danych NFZ zawiera dane o osobach identyfikowanych przez kod PESEL, przez co każda z nich jest unikalna.

Przeprowadzona analiza oparta jest na świadczeniach publicznych udzielonych osobom dorosłym, tj. osobom, które zgodnie z datą udzielenia świadczeń miały co najmniej 18 lat i skorzystały z przynajmniej jednego świadczenia z zakresu opieki w CZP. W analizie przywołano następujące formy opieki: ambulatoryjna – poradnie zdrowia psychicznego (PZP) (kod resortowy: 1700, 1702, 1704, 1706, 1710, 1750, 1790), oddziały psychiatryczne (kod resortowy: 4700, 4702, 4704, 4710, 4712, 4714, 4716), oddziały dzienne (kod resortowy: 2700, 2702, 2704, 2706, 2710), zespoły leczenia środowiskowego (ZLS) (kod resortowy: 2730, 2732, 2734)<sup>1</sup>. Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Etyczną Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu (nr 2/2022). Procedury badawcze były zgodne z uznanymi standardami badawczymi określonymi w Deklaracji Helsińskiej.

## Metoda

### Wskaźniki efektywności

Celem przeprowadzonego badania było porównanie wybranych wskaźników efektywności psychiatrycznej opieki zdrowotnej przed powołaniem i po powołaniu CZP w ramach NPOZP. W analizie uwzględniono następujące wskaźniki:

1. Rozpowszechnienie osób leczonych – liczba pacjentów, którzy zrealizowali co najmniej jedno świadczenie w danym okresie, w przeliczeniu na 100 tys. populacji.
2. Liczba przyjęć w formie hospitalizacji.
3. Rozpowszechnienie leczonych w opiece dziennej – liczba pacjentów w oddziale dziennym, w przeliczeniu na 100 tys. populacji.
4. Liczba osobodni; liczba osobodni w przeliczeniu na pacjenta (dla opieki dziennej), liczba osobodni w przeliczeniu na hospitalizację (dla opieki całodobowej).
5. Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece szpitalnej – liczba pacjentów w oddziale całodobowym dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów.
6. Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece ambulatoryjnej – liczba pacjentów w poradni dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów.
7. Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece dziennej – liczba pacjentów w oddziale dziennym dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów we wszystkich formach leczenia.

<sup>1</sup> Kody resortowe odnoszą się do VIII części kodu resortowego komórki organizacyjnej szpitala i pochodzą z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594).

8. Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece środowiskowej – liczba pacjentów w ZLS dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów we wszystkich formach leczenia.
9. Wskaźnik priorytetu opieki szpitalnej dla określonej grupy diagnostycznej – liczba pacjentów w oddziale całodobowym dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów w podziale na grupy chorób.
10. Wskaźnik priorytetu opieki dziennej dla określonej grupy diagnostycznej – liczba pacjentów w oddziale dziennym dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów we wszystkich formach leczenia w podziale na grupy chorób.
11. Wskaźnik priorytetu opieki ambulatoryjnej dla określonej grupy diagnostycznej – liczba pacjentów w poradni dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów we wszystkich formach leczenia w podziale na grupy chorób.
12. Wskaźnik priorytetu opieki środowiskowej dla określonej grupy diagnostycznej – liczba pacjentów w ZLS dzielona przez całkowitą liczbę pacjentów we wszystkich formach leczenia w podziale na grupy chorób.
13. Pacjenci pierwszorazowi i kolejni w okresie 5 lat – liczba unikalnych pacjentów, którzy pojawili się pierwszy bądź kolejny raz w analizowanych ośrodkach.
14. Preadmisja szpitalna w PZP – liczba pacjentów, którzy pojawili się w oddziale całodobowym w ciągu maksymalnie 30 dni od momentu wizyty w poradni zdrowia psychicznego.

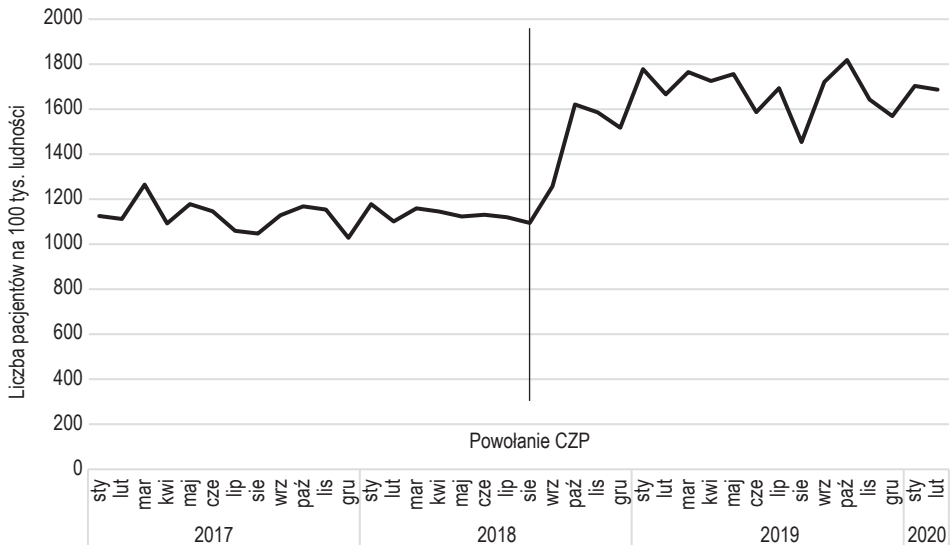
### Analiza statystyczna

W celu porównania wskaźników z okresu działalności CZP i przed ich powołaniem zastosowano test  $Z$  dla dwóch niezależnych proporcji z poprawką na ciągłość (dwustronny) (*2-sample test for equality of proportions with continuity correction*). Wszystkie analizy statystyczne zostały przygotowane za pomocą programu statystycznego R w wersji 3.6.1 oraz programu Microsoft Excel.

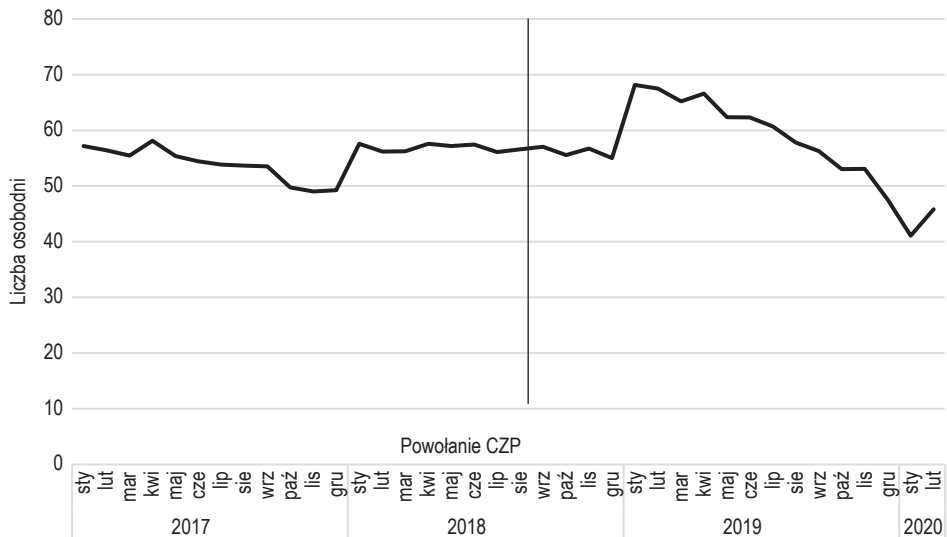
### Wyniki

Wyniki analiz zostały przedstawione w tabeli 1. Pierwszym z analizowanych wskaźników jest rozpowszechnienie osób leczonych, wyrażone jako liczba pacjentów przyjmujących co najmniej jedno świadczenie w danym okresie. Wyniki wskazały istotny statystycznie wzrost rozpowszechnienia pacjentów w ośrodkach kwalifikowanych do programu od początku ich działalności jako CZP w porównaniu z okresem przed powołaniem CZP. Wzrost ten wynosił 47% ( $\chi^2(1) = 11\,685,00; p < 0,001$ ) w porównaniu z okresem 19 miesięcy przed wejściem programu. Wykres 1 pokazuje, że wzrost ten nastąpił wraz z wprowadzeniem programu CZP w wybranych ośrodkach i od tamtego okresu utrzymuje się na stabilnie wyższym poziomie niż przed sierpniem 2018 roku.

Od czasu powołania CZP całkowita liczba przyjęć w formie hospitalizacji spadła w porównaniu z okresem przed działaniem CZP o 6% ( $\chi^2(1) = 89,383; p < 0,001$ ) (wykres 2). W odniesieniu do liczby pacjentów przyjętych na oddział całodobowy odnotowano ich sześcioprocentowy spadek po wprowadzeniu CZP ( $\chi^2(1) = 49,752; p < 0,001$ ).

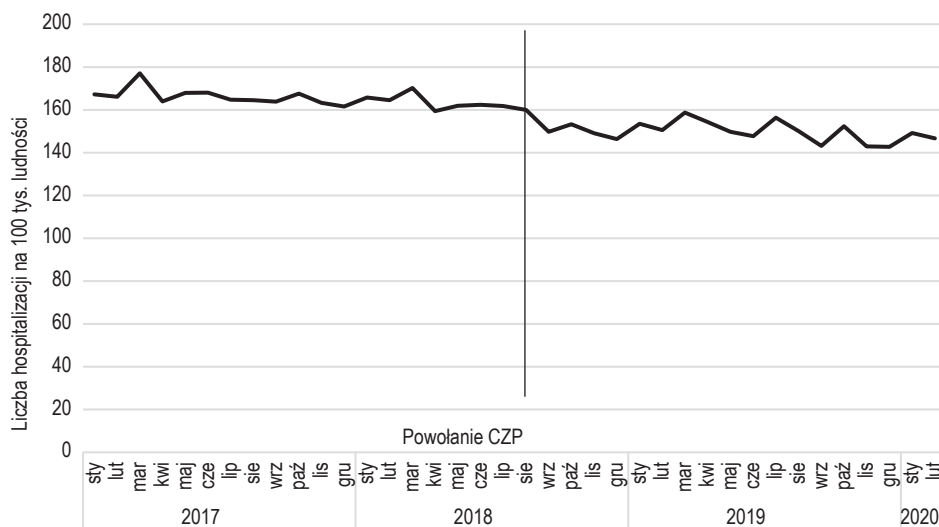


Wykres 1. Rozpowszechnienie osób leczonych w okresie przed wprowadzeniem programu CZP i po jego wprowadzeniu



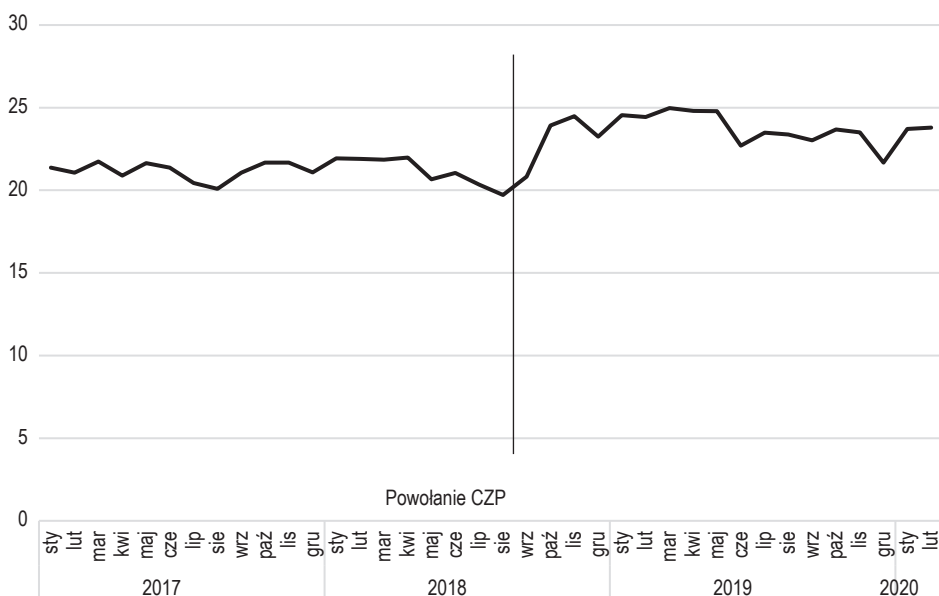
Wykres 2. Liczba osobodni w szpitalu całodobowym w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP

Ogólna liczba osobodni spadła o 20%, natomiast liczba osobodni w przeliczeniu na hospitalizację zmalała istotnie o 9% ( $\chi^2(1) = 563,64; p < 0,001$ ). Na wykresie 3 można zaobserwować brak zmian w liczbie osobodni na początku działalności CZP



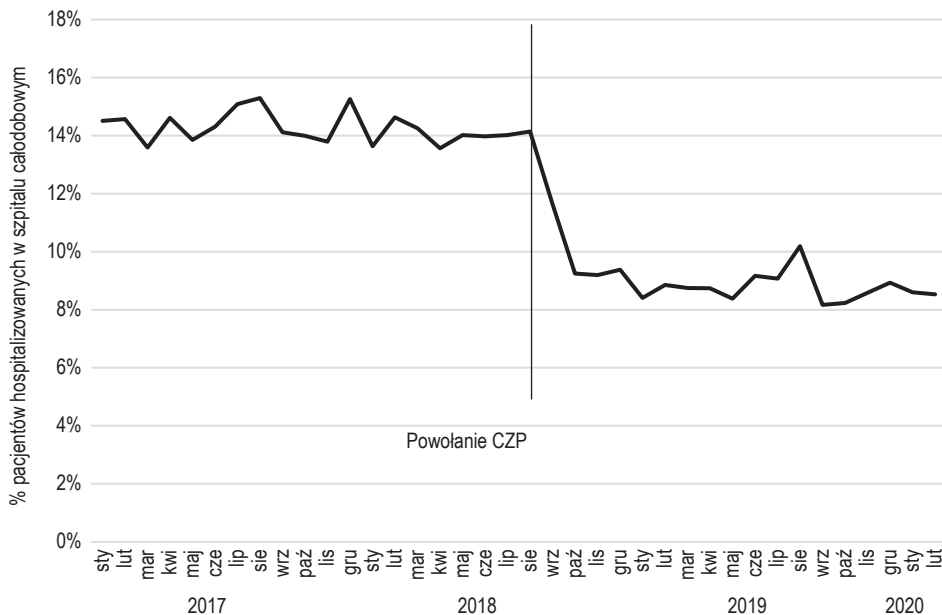
Wykres 3. Liczba przyjęć w formie hospitalizacji na 100 tys. ludności w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP

i nagły wzrost w styczniu–maju 2019 roku. Mniej więcej w czerwcu 2019 roku liczba osobodni zaczęła regularnie spadać, osiągając w styczniu 2020 roku najniższy poziom w czasie analizowanych 38 miesięcy.



Wykres 4. Liczba przyjęć na oddział dzienny na 100 tys. ludności w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP

W odniesieniu do rozpowszechnienia opieki dziennej zaobserwowano istotny wzrost (o 14%) liczby przyjęć na oddział dzienny po wprowadzeniu CZP ( $\chi^2(1) = 49,752; p < 0,001$ ). Wykres 4 sugeruje, że wzrost liczby przyjęć w oddziale dziennym nastąpił około października–listopada 2018 roku i utrzymywał się na mniej więcej stałym poziomie do lutego 2020 roku. Jednocześnie liczba osobodni w przeliczeniu na pacjenta spadła o 5% ( $\chi^2(1) = 6,504; p < 0,01$ ).

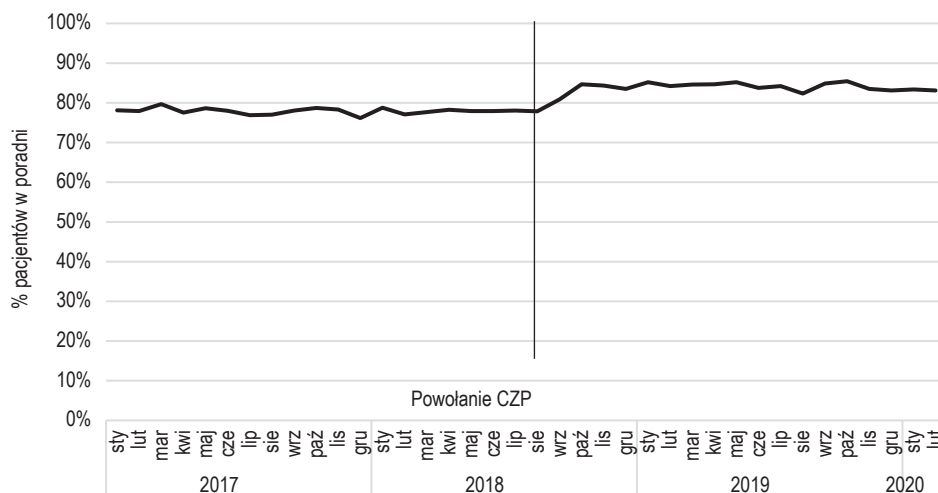


Wykres 5. **Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w całodobowej opiece szpitalnej w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP**

Odsetek pacjentów pozostających w całodobowej opiece szpitalnej po powołaniu CZP spadł o 6 punktów procentowych w porównaniu z okresem przed działaniem CZP. Na wykresie 5 zauważalny jest nagły spadek odsetka pacjentów w całodobowej opiece szpitalnej, który przypada na czas powołania CZP (sierpień 2018). We wrześniu 2018 roku odsetek pacjentów leczonych stacjonarnie wyniósł 9% i od tego momentu do stycznia 2020 roku odsetek pacjentów hospitalizowanych oscylował między 8% a 10%.

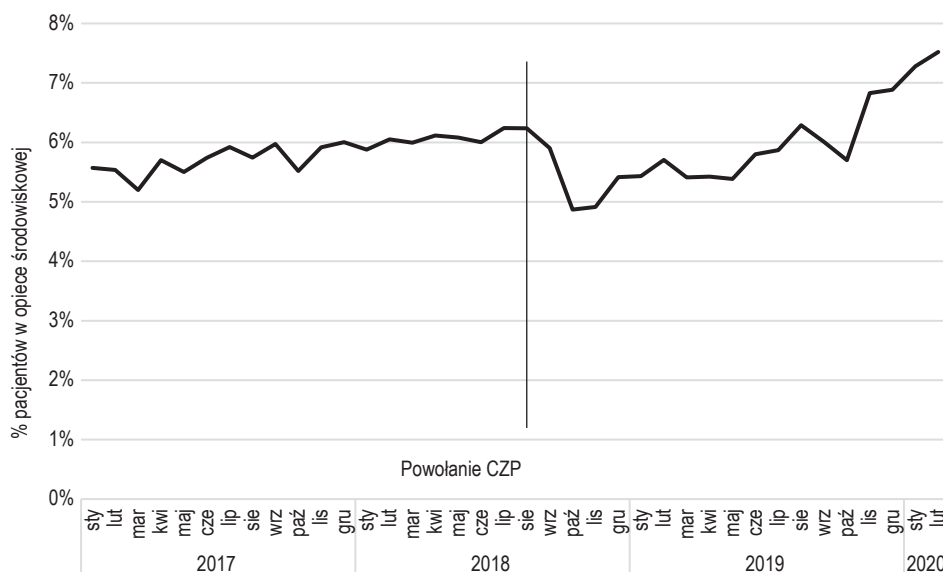
Natomiast odsetek pacjentów w opiece dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej istotnie wzrósł po wprowadzeniu CZP. Największy wzrost (o 86%) można zaobserwować w wypadku opieki środowiskowej ( $\chi^2(1) = 1073; p < 0,001$ ). Odsetek pacjentów w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 62% ( $\chi^2(1) = 15\,059; p < 0,001$ ), a w opiece dziennej o 14% ( $\chi^2(1) = 49,752; p < 0,001$ ) (tab. 1). W wypadku opieki ambulatoryjnej wzrost odsetka pacjentów nastąpił około października 2018 roku (po powołaniu CZP) i od tego momentu do stycznia 2020 roku odsetek pacjentów utrzymywał się na poziomie około 85% (wykres 6).





Wykres 6. Odsetek pacjentów w opiece ambulatoryjnej w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP

Na wykresie 7 przedstawiono odsetek pacjentów w opiece środowiskowej. Do momentu powołania CZP odsetek ten był względnie stabilny i oscylował w granicach 5–6%. Od sierpnia 2018 roku (powołanie CZP) widać nagły spadek odsetka pacjentów leczonych w ramach opieki środowiskowej z 6% do około 5%. Od grudnia 2018 roku



Wykres 7. Odsetek przyjęć pacjentów w opiece środowiskowej w okresie przed powołaniem i po powołaniu CZP

można z kolei zauważyć wzrost odsetka pacjentów w opiece środowiskowej. W dalszym ciągu odsetek ten nie przekraczał jednak znacząco 6%. Od listopada 2019 roku odsetek pacjentów leczonych w ramach opieki środowiskowej wzrastał, osiągając w styczniu 2020 roku wartość 7,5%.

Odnotowano również wzrost liczby pacjentów pierwszorazowych i spadek liczby pacjentów kolejnych w okresie 19 miesięcy po wprowadzeniu CZP w porównaniu z okresem przed powołaniem CZP. Liczba hospitalizacji poprzedzonych poradą w ramach CZP stanowiła 5,2% wszystkich hospitalizacji (tab. 1).

Tabela 1. Wyniki analiz porównania wskaźników efektywności opieki zdrowotnej przed wprowadzeniem programu CZP i po jego wprowadzeniu

Wskaźnik	Do CZP (1)	Od CZP (2)	(2)–(1)	$\chi^2$	p
Rozpowszechnienie osób leczonych					
Liczba pacjentów	124 497	182 789	47%	11 685	<0,001
Liczba pacjentów na 100 tys. ludności	4354	6393			
Całkowita liczba przyjęć w formie hospitalizacji					
Liczba hospitalizacji	44 035	41 293	–6%	89,383	<0,001
Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności	1540	1444			
Liczba osobodni	1 647 073	1 315 979	–20%		
Liczba osobodni na hospitalizację	37,3	34,0	–9%	563,64	<0,001
Rozpowszechnienie opieki dziennej					
Liczba pacjentów w opiece dziennej	5451	6213	14%	49,752	<0,001
Liczba pacjentów na 100 tys. ludności	190,6	217,3			
Liczba osobodni	312 948	340 294	9%		
Liczba osobodni na pacjenta	57	55	–5%	6,504	<0,01
Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w całodobowej opiece szpitalnej					
Liczba pacjentów hospitalizowanych (% z wszystkich)	31 768 (26%)	29 789 (16%)	–6%	64,25	<0,001
Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece ambulatoryjnej					
Liczba pacjentów w poradni (% z wszystkich)	96 827 (78%)	157 299 (86%)	62%	15 059	<0,001
Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece dziennej					
Liczba pacjentów w oddziale dziennym (% z wszystkich)	5451 (4,4%)	6213 (3,4%)	14%	49,752	<0,001
Odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece środowiskowej					
Liczba pacjentów w opiece środowiskowej (% z wszystkich)	4408 (3,5%)	8063 (4,4%)	86%	1073	<0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pacjenci pierwszorazowi i kolejni					
Pierwszorazowi (% z wszystkich)	31 746 (25,6%)	48 700 (26,7%)	1,1%	49,1	<0,001
Kolejni (% z wszystkich)	92 431 (74,4%)	133 709 (73,3%)	-1,1%	48,9	<0,001
Preadmisja szpitalna w PZP					
Liczba hospitalizacji poprzedzonych poradą w ramach CZP (% z wszystkich)	N/A	1827 (5,2%)			

Wyniki badania wskazywały, że po wprowadzeniu CZP nastąpiły również istotne zmiany, jeśli chodzi o wskaźniki priorytetu dla poszczególnych zaburzeń psychicznych w obrębie szpitalnej, dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej opieki zdrowotnej (tab. 2).

W odniesieniu do wszystkich analizowanych grup zaburzeń psychicznych wskaźnik priorytetowości w opiece szpitalnej zmalał. Jedynie w wypadku takich zaburzeń jak zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–59) i nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99) obserwowany spadek nie był istotny statystycznie ( $p > 0,05$ ). W opiece dziennej wskaźnik priorytetowości po powołaniu CZP istotnie zmalał w wypadku większości zaburzeń, z wyjątkiem zaburzeń schizotypowych i urojeniowych innych niż schizofrenia (F21–29), upośledzenia umysłowego (F70–79), zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–98) oraz nieokreślonych zaburzeń psychicznych (F99).

Z kolei w zakresie opieki ambulatoryjnej i środowiskowej zaobserwowano wzrost wskaźnika priorytetu dla większości grup zaburzeń. W wypadku opieki ambulatoryjnej istotny wzrost nie dotyczył takich zaburzeń jak zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–59), a dla nieokreślonych zaburzeń psychicznych (F99) obserwowany spadek nie był istotny statystycznie ( $p > 0,05$ ). Wskaźnik priorytetowości zdecydowanie wzrósł w opiece środowiskowej dla takich zaburzeń jak zaburzenia psychiczne organiczne (F00–09), schizofrenia (F20), zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–48), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–69), upośledzenie umysłowe (F70–79), zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90–98) i nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99) (tab. 2).

**Tabela 2. Wyniki analiz porównania wskaźnika priorytetu poszczególnych form opieki dla określonej grupy diagnostycznej przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu CZP**

Grupa chorób	Liczba pacjentów w opiece (% z wszystkich)				Wszyscy pacjenci z grupy diagnostycznej		(2)-(1) [%]	p	$\chi^2$
	Do CZP	%	Po CZP	%	Do CZP	Po CZP			
Opieka szpitalna									
F00–09	8387	30%	7599	19%	28 425	39 367	-35%	<0,001	952,9
F20	9477	40%	8804	30%	23 572	29 043	-25%	<0,001	561

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

F21–29	1609	51%	1492	42%	3137	3556	-18%	<0,001	58
F30–39	6909	21%	6406	13%	32 377	49 433	-39%	<0,001	1007,7
F40–48	4289	12%	4127	7%	35 411	62 137	-45%	<0,001	855,5
F50–59	21	2%	24	1%	1221	1971	-29%	0,31	1
F60–69	1748	31%	1803	23%	5623	8010	-28%	<0,001	125,7
F70–79	803	18%	742	11%	4342	6900	-42%	<0,001	134
F90–F98	20	10%	18	5%	199	383	-53%	0,021	5,3
F99	39	3%	47	2%	1233	1961	-24%	0,234	1,4
Opieka dzienna									
F00–09	536	0%	594	2%	28 425	39 367	-20%	< 0,001	14,1
F20	1462	3%	1609	6%	23 572	29 043	-11%	<0,001	10,3
F21–29	105	6%	122	3%	3137	3556	2%	0,904	0
F30–39	1527	4%	1610	3%	32 377	49 433	-31%	<0,001	112,6
F40–48	1519	5%	1939	3%	35 411	62 137	-27%	< 0,001	89,8
F50–59	25	2%	22	1%	1221	1971	-45%	0,049	3,9
F60–69	499	9%	529	7%	5623	8010	-26%	<0,001	24,1
F70–79	17	1%	16	0%	4342	6900	-41%	0,179	1,8
F90–F98	2	0%	4	1%	199	383	4%	1	0
F99	3	2%	3	0%	1233	1961	-37%	0,877	0
Opieka ambulatoryjna									
F00–09	19 949	70%	31 194	79%	28 425	39 367	12,90%	<0,001	730,4
F20	15 983	68%	22 540	78%	23 572	29 043	14,50%	<0,001	637,3
F21–29	1716	55%	2275	64%	3137	3556	17,00%	<0,001	59,2
F30–39	26 258	81%	43 943	89%	32 377	49 433	9,60%	<0,001	975,2
F40–48	31 025	88%	57 744	93%	35 411	62 137	6,10%	<0,001	777,7
F50–59	1183	97%	1916	97%	1221	1971	0,30%	0,677	0,2
F60–69	3926	70%	6285	78%	5623	8010	12,40%	<0,001	130,8
F70–79	3607	83%	6070	88%	4342	6900	5,90%	<0,001	53
F90–F98	173	87%	342	89%	199	383	2,70%	0,478	0,5
F99	1186	96%	1879	96%	1233	1961	-0,40%	0,671	0,2
Opieka środowiskowa									
F00–09	1751	6%	3036	8%	28 425	39 367	73%	<0,001	60,3
F20	1505	6%	2503	9%	23 572	29 043	66%	<0,001	91,9
F21–29	92	3%	119	3%	3137	3556	29%	0,37	0,8

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

F30–39	839	3%	1210	2%	32 377	49 433	44%	0,207	1,6
F40–48	249	1%	1022	2%	35 411	62 137	310%	<0,001	154,8
F50–59	10	1%	33	2%	1221	1971	230%	0,06	3,5
F60–69	53	1%	175	2%	5623	8010	230%	<0,001	30,3
F70–79	109	3%	389	6%	4342	6900	257%	<0,001	60,8
F90–F98	4	2%	23	6%	199	383	475%	0,049	3,9
F99	7	1%	40	2%	1233	1961	471%	0,001	10,3

F00–09 – zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi; F20 – schizofrenia; F21–29 – zaburzenia schizotypowe i urojeniowe inne niż schizofrenia; F30–39 – zaburzenia nastroju (afektywne); F40–48 – zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną; F50–59 – zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi; F60–69 – zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych; F70–79 – upośledzenie umysłowe; F90–98 – zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym; F99 – nieokreślone zaburzenia psychiczne.

### Omówienie wyników

Jednym z celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest sprawdzanie i ocena skuteczności działań i realizacji zadań wynikających z programu [2]. Niniejsze badanie jest pierwszą analizą skutków reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce z użyciem wskaźników monitorujących efektywność opieki. Wykorzystano w nim dane pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych – Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, realizowanych przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Pozwoliły one na pogłębienie aspektu efektywności opieki psychiatrycznej w okresie przed utworzeniem i po utworzeniu sieci CZP. Wyniki badania będą stanowiły punkt wyjścia do monitorowania długofalowych skutków reformy, włącznie z planowaną oceną efektywności opieki psychiatrycznej w czasie pandemii COVID-19.

W latach 2010–2014 wzrastała stopniowo liczba osób leczonych we wszystkich formach opieki psychiatrycznej (z 1319 tys. do 1480 tys.) i była ona wyższa niż w okresie poprzedzającym reformę oraz niższa niż po utworzeniu CZP [17]. Przy jednoczesnym wzroście liczby pacjentów pierwszorazowych w okresie po powołaniu CZP wyniki badania mogą sugerować, że w 19-miesięcznym okresie funkcjonowania CZP dostępność każdego świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej była większa zarówno względem poprzedzającego 19-miesięcznego okresu, jak i w porównaniu z dostępnością świadczeń w latach 2010–2014.

Choć całkowita liczba przyjęć w formie hospitalizacji, a także hospitalizacji na 100 tys. ludności uległa istotnej redukcji po powołaniu CZP w zestawieniu z 19-miesięcznym okresem poprzedzającym wdrożenie reformy, jest ona wciąż wyższa niż w okresie od 2010 do 2014 roku, gdy mieściła się w przedziale odpowiednio: 279–307 tys. hospitalizacji ogółem oraz 886–983 hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. osób dorosłych [17].

W polskiej części badania EDEN określono przeciętną długość hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych na poziomie 58 dni, podczas gdy w oddziałach dziennych wynosiła ona 150 dni [18]. W analizowanym przez nas okresie przeciętna długość hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym, określona przez liczbę osobodni na hospitalizację, uległa redukcji z 37,3 dni do 34 dni, odpowiednio w okresie przed utworzeniem i po utworzeniu CZP. Tymczasem w Wielkiej Brytanii w 2016 roku przeciętny czas trwania hospitalizacji w oddziale stacjonarnym był podobny i wynosił 35,9 dni, natomiast w Estonii w 2010 roku był on niższy – na poziomie 24,3 dni [19, 20]. Należy zwrócić uwagę, że średnia liczba osobodni na pacjenta w oddziałach psychiatrycznych dziennych może być dodatkowo zależna od innych czynników: w wypadku oddziałów psychiatrycznych dziennych, w odróżnieniu od oddziałów stacjonarnych, część hospitalizacji ma na celu rehabilitację psychiatryczną i zakłada pobyt w oddziale dziennym przez pełny finansowany przez NFZ okres terapii – skrócenie czasu terapii z dowolnego powodu jest w takiej sytuacji często odstępstwem od reguły. Fakt ten może tłumaczyć mniejszą zmienność długości hospitalizacji w oddziałach opieki dziennej w porównaniu z oddziałami stacjonarnymi. Mimo to nasze badanie wykazało, że również w oddziałach dziennych liczba osobodni na pacjenta uległa istotnemu obniżeniu.

Wyniki badań WHO [21] wskazują, że opieka ambulatoryjna jest jedynym skutecznym środkiem zwiększenia zasięgu leczenia zaburzeń psychicznych i jej dostępność rośnie, ale jest to silnie uzależnione od poziomu dochodów w danym kraju. W naszym badaniu odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece ambulatoryjnej w ramach poradni zdrowia psychicznego wzrósł z 78% w okresie przed powołaniem CZP do 86% po ich utworzeniu. Dla porównania, w Portugalii w 2005 roku 24% osób korzystających z psychiatrycznej opieki zdrowotnej korzystało z niej w ramach lecznictwa szpitalnego [20].

Dodatkowo odsetek przyjęć pacjentów pozostających w opiece środowiskowej wzrósł z 3,5% do 4,4% (część pacjentów mogła korzystać z obu form opieki).

Spadek liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziałach stacjonarnych, pomimo wzrostu liczby osób korzystających ze świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej ogółem, i jednoczesny wzrost liczby pacjentów korzystających z innych form opieki – zwłaszcza opieki środowiskowej i ambulatoryjnej, a w mniejszym stopniu także z terapii w oddziałach dziennych – sugeruje, że reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce przynosi efekty zgodne z celami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 i zmierza w kierunku deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi [2].

Jest to pierwsze polskie badanie dotyczące oceny wyników pilotażu w ramach reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w którym wykorzystano rutynowe dane statystyczne NFZ do wyznaczenia wskaźników monitorujących. Badanie obejmowało 27 placówek z całego kraju, z relatywnie liczną i terytorialnie policzalną populacją (TERYT), które zostały jako pierwsze zakwalifikowane do programu przez Biuro ds. Pilotażu po spełnieniu określonych warunków włączenia, w tym posiadania zasobów gwarantujących możliwość świadczenia ocenianych usług.

Wyznaczone wskaźniki – w przyjętym modelu badawczym – pozwoliły na ocenę realizacji dwóch ważnych założeń reformy, czyli poprawy dostępu do lecznictwa wraz

z ustaleniem priorytetowości i stopniowego ograniczania roli leczenia zamkniętego na rzecz terapii środowiskowej. Opracowane wskaźniki, posiłkujące się danymi rejestrowymi NFZ, mogą być wykorzystywane do badań w dalszych etapach pilotażu, ale też mogą być wzbogacane o nowe elementy, takie jak np. umieralność wśród osób objętych leczeniem psychiatrycznym. Koszty badania prowadzonego na rejestrach są relatywnie niskie, ale pod warunkiem posiadania kompetencji w zakresie epidemiologii i możliwości współpracy z analitykami baz danych.

Do słabych stron wykorzystanych w badaniu wskaźników zaliczyć można nieuwzględnienie aspektu finansowego – analizy kosztowo-ekonomicznej. Są to wskaźniki typowo ilościowe, niebiorące pod uwagę jakości świadczonych usług i efektywności leczenia.

Założony w Rozporządzeniu Rady Ministrów docelowy odsetek populacji objętej psychiatrycznymi świadczeniami CZP (3%) został osiągnięty [5]. W pracach opisujących metodologię pilotażu dotyczącego reformy w innych państwach europejskich nie podaje się jako kryterium oceny pilotażu procentowego prognozy populacji objętej psychiatrycznymi świadczeniami zdrowotnymi [22–24]. Wskaźniki zastosowane w ramach niniejszej pracy są powszechnie przyjętymi wskaźnikami oceny skuteczności reformowanej opieki psychiatrycznej [8, 9]. Opierając się na wskaźnikach oceny zastosowanych w niniejszym badaniu, analizowany etap pilotażu należy uznać za skuteczny.

## Wnioski

Przeprowadzone badanie odnoszące się do analizy kilkunastu wskaźników monitorujących w sposób jednoznaczny potwierdziło skuteczność realizowanego w ramach NPOZP projektu ukierunkowanego na poprawę dostępności leczenia, ograniczenie leczenia szpitalnego i rozwój środowiskowych form opieki poprzez CZP.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych stanowią unikalne narzędzie do generowania danych niezbędnych w procesie złożonych analiz.

Pomimo ograniczenia, jakim był wybuch pandemii, co skróciło okres obserwacji do 19 miesięcy, wyniki badania są bardzo wartościowe, a zastosowana metodologia, uzupełniona o inne wskaźniki postulowane w piśmiennictwie, może być wykorzystywana do oceny efektywności CZP w kolejnych etapach pilotażu i z rozdziałem na poszczególne centra.

## Piśmiennictwo

1. World Health Organization, *The optimal mix of services for mental health*, Geneva 2007. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/2\\_Optimal%20Mix%20of%20Services\\_Infosheet.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf) (dostęp: 16.03.2022).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2017 r., poz. 458).
3. Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego – założenia projektu*, Warszawa 2020.

4. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na podstawie danych sprawozdawanych w roku 2019 w odniesieniu do roku 2017*, Warszawa 2021.
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20110240128> (dostęp: 16.03.2022).
6. Karaszewski M. *Realizacja programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na podstawie danych sprawozdawanych w roku 2019 w odniesieniu do roku 2017*. Prezentacja przedstawiona na spotkaniu online NFZ z przedstawicielami podmiotów leczniczych psychiatrycznych, 17 maja 2021 r.
7. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27.
8. Balicki M. *Analiza udzielonych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszym okresie funkcjonowania pilotażu*. Materiały z konferencji, 2 października 2020 r.
9. World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
10. Saxena S, Lora A, Ommeren van M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. *WHO's assessment instrument for mental health systems: Collecting essential information for policy and service delivery*. Psychiatr. Serv. 2007; 58(6): 816–821.
11. Thornicroft G, Tansella M. *Balancing community-based and hospital based mental health care*. World Psychiatry. 2002; 1(2): 84–90.
12. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. *Indicators for public mental health: A scoping review*. Front. Public Health. 2021; 9: 714497.
13. Makhashvili N, Voren van R. *Balancing community and hospital care: A case study of reforming mental health services in Georgia*. PLoS Med. 2013; 10(1): e1001366.
14. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. *Development of mental health indicators in Korea*. Psychiatry Investig. 2012; 9(4): 311–318.
15. Lehmann I, Chisholm D, Hinkov H, Höschl C, Kapócs G, Kurimay T i wsp. *Development of quality indicators for mental healthcare in the Danube region*. Psychiatr. Danub. 2018; 30(2): 197–206.
16. Lund C, Flisher AJ. *Community/hospital indicators in South African public sector mental health services*. J. Ment. Health Policy Econ. 2003; 6(4): 181–187.
17. Anczewska M, Biechowska D, Galecki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Brancewicz B i wsp. *An analysis of psychiatric services provided to adults in 2010–2014 based on the National Health Fund Data*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1321–1336.
18. Adamowski T, Hadryś T, Kiejna A. *Comparison between day-care ward and inpatient ward in terms of treatment effectiveness based on the analysis of psychopathologic symptoms, subjective quality of life and number of rehospitalisations after discharge*. Psychiatr. Pol. 2008; 42:571–81.
19. Ray MK, Lombardo C, Syed Z, Patel N, Denman C, Jones PB. *Embedding recovery to transform inpatient mental health care: The 333 model*. Psychiatr. Serv. 2019; 70(6): 465–473.
20. European Commission, *Mental health systems in the European union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health*, 2013. [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/europopp\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf) (dostęp: 16.03.2022).
21. Lora A, Hanna F, Chisholm D. *Mental Health Service Availability and delivery at the global level: An analysis by countries' income level from WHO's mental health atlas 2014*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2017; 29: 1–12.



22. Pec O. *Mental health reforms in the Czech Republic*. BJPsych Int. 2018; 16(1): 4–6.
23. Munizza C, Gonella R, Pinciaroli L, Rucci P, Picci RL, Tibaldi G. *CMHC adherence to National Mental Health Plan Standards in Italy: A survey 30 years after national reform law*. Psychiatr. Serv. 2011; 62(9): 1090–1093.
24. Shen GC, Snowden LR. *Institutionalization of deinstitutionalization: A cross-national analysis of mental health system reform*. Int. J. Ment. Health Syst. 2014; 8(1): 47.

Adres: Ewelina Cichoń  
Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu  
Instytut Psychologii  
87-100 Toruń, ul. Młodziejowa 31A  
e-mail: ewelina.cichon@dsw.edu.pl

Otrzymano: 6.04.2022  
Zrecenzowano: 27.05.2022  
Otrzymano po poprawie: 19.06.2022  
Przyjęto do druku: 19.06.2022