



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

„Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”

Opracowanie na potrzeby wydania taryfy

Nr: AOTMiT-WT-5313-1/2015

Data ukończenia: 04.09.2015 r.

Wykaz skrótów

AD – (ang. Alzheimer's Disease) choroba Alzheimera

Agencja, AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

bd – brak danych

CD – plik zawierający informacje o cenach procedur diagnostycznych przyjętych przez świadczeniodawcę (cennik wewnętrzny)

CHAD – choroba afektywna dwubiegunowa

ChPL – charakterystyka produktu leczniczego

CMD - (ang. common mental disorders) powszechne zaburzenia psychiczne

CP – plik zawierający informacje o cenach procedur pozostałych (innych niż diagnostyczne) przyjętych przez świadczeniodawcę (cennik wewnętrzny)

CPA – (ang. cyproterone acetate) octan cyproteronu

Dane Bieżące – dane przekazywane przez świadczeniodawców na podstawie umowy z Agencją, za okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 października 2015 r.

Dane Historyczne – dane przekazywane przez świadczeniodawców na podstawie umowy z Agencją, za okres od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

Dane kosztowe – informacje finansowe pozwalające na obliczenie kosztu świadczenia opieki zdrowotnej pozyskiwane przede wszystkim z systemu finansowo-księgowego i innych systemów świadczeniodawcy, w których rejestruje on koszty (np. moduł apteczny, moduł kadrowo-płacowy itd.)

Dane medyczne – informacje niefinansowe określające świadczenie opieki zdrowotnej pozyskiwane przede wszystkim z dokumentacji medycznej

Dane Szczegółowe – dane przekazywane przez świadczeniodawców na podstawie umowy z Agencją, dotyczące wylosowanej próby w obrębie kodu zakresu świadczeń kontraktowych

Dostępność zasobów – maksymalna dostępność zasobów możliwa do osiągnięcia przez świadczeniodawcę przy założeniu całkowitej wydajności wykorzystania zasobów

DRG – (ang. diagnosis related groups) jednorodne grupy pacjentów (JGP)

Działalność podstawowa – działalność świadczeniodawcy związana z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej

Ekspert – specjalista z danej dziedziny medycyny, Konsultant Krajowy, Konsultant Wojewódzki bądź inna osoba przez niego wskazana

Elementy świadczenia opieki zdrowotnej – procedury medyczne, leki, wyroby medyczne, dni pobytu i inne obiekty, które łącznie składają się na świadczenie opieki zdrowotnej

EW – elektrowstrząsy

FFS - (ang. fee for service) – opłata za usługę

FK – dane finansowo-księgowe

FK – pliki finansowo-księgowe, dane pochodzące z systemów finansowo-księgowych świadczeniodawców zawierające informacje o kosztach dotyczących funkcjonowania OPK, w których realizowane są podlegające taryfikacji świadczenia opieki zdrowotnej

GAD – (ang. generalized anxiety disorder) zaburzenia lękowe uogólnione

GnRH – (ang. gonadotropin-releasing hormone) hormon uwalniający gonadotropinę, gonadoliberyna

Gotowość – utrzymanie przez świadczeniodawcę zdolności do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, której obowiązek wynika z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach lub zawartych umów

HR – plik dotyczący pracowników i umów kontraktowych zawierający informacje na temat m. in. liczby zatrudnionych osób, stanowisk

ICD-10 - (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

ICD-9 - (ang. International Classification System For Surgical, Diagnostic And Therapeutic Procedures) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych

Infrastruktura – ogół budynków, wyposażenia oraz innych środków trwałych, których istnienie jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jednostki i które są wykorzystywane, bezpośrednio lub pośrednio, w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztów związanych z utrzymaniem ich w stanie zapewniającym możliwość udzielania w nich świadczeń opieki zdrowotnej (np. kosztów mediów, sprzątnięcia, ochrony, pralni itd.)

JGP - Jednorodne Grupy Pacjentów

Kategoria kosztów – koszty proste zgrupowane w sposób umożliwiający uzyskanie jednorodnej informacji o zasobach ekonomicznych

Klucz podziałowy – parametr pozwalający odnieść koszty jednych ośrodków kosztów na inne

Koszt – wyrażone w pieniądzu zużycie zasobów związanych z prowadzoną w określonych warunkach działalnością w celu osiągnięcia w bieżącym okresie lub w przyszłości korzyści ekonomicznej dla świadczeniodawcy

Koszt bazowy – podstawowy koszt porady w danej poradni lub koszt osobodnia pobytu na danym oddziale

Koszty pośrednie ośrodka kosztów – koszty ponoszone w innych ośrodkach kosztów rozliczane na dany ośrodek kosztów za pomocą kluczy podziałowych

Księga główna – unikalny numer rejestru z dokumentacji medycznej pacjenta identyfikujący świadczenie opieki zdrowotnej

LNT – leki normotymiczne

LPD – leki przeciwdepresyjne

LPIIG – leki przeciwpyszotyczne drugiej generacji

MAOI - (ang.) inhibitory monoaminooksydazy

MHEEN - (ang. Mental Health Economics European Network)

MZ - Ministerstwo Zdrowia

nd – nie dotyczy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

<p>NHS – Narodowa Służba Zdrowia (ang. National Health Service),</p> <p>NICE - National Institute for Health and Care Excellence (Wlk. Brytania)</p> <p>NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny</p> <p>NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego</p> <p>OCD – (ang. obsessive-compulsive disorder) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne</p> <p>OG – Plik ogólny, zawierający informacje ogólne charakteryzujące świadczenie opieki zdrowotnej</p> <p>OPK – ośrodek powstawania kosztów</p> <p>OPK – ośrodek powstawania kosztów (inaczej ośrodek kosztów), wyodrębniona komórka organizacyjna, lub wyodrębniony zakres działalności świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt. 41 ustawy o świadczeniach, pojęcie najczęściej używane w kontekście oddziału, poradni specjalistycznych, zespołu sal operacyjnych, SOR, izby przyjęć itp.</p> <p>OS – plik Osobodzień – zawiera informacje o liczbie dni pobytu pacjenta na oddziale, o ile świadczenie zawierało taki pobyt</p> <p>PD – (ang. panic disorder) – zaburzenia lękowe z napadami lęku</p> <p>PD – plik Procedury Diagnostyczne – zawiera informacje o procedurach diagnostycznych, jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane</p> <p>PL – plik dotyczący Produktów Lecniczych – zawiera informacje o produktach leczniczych, jakie otrzymał pacjent, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane</p> <p>PP – plik Procedury Pozostałe – zawiera informacje o pozostałych procedurach (innych niż diagnostyczne lub zabiegowe), jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane</p> <p>Procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznictwo przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych</p> <p>Produkt – określona przez Narodowy Fundusz Zdrowia jednostka służąca rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej (osobodzień, porada, punkt TISS, jednorodna grupa pacjentów itd.)</p> <p>PTSD - (ang. posttraumatic stress disorder) zaburzenia stresu pourazowego</p> <p>PZ – plik Procedury Zabiegowe zawiera informacje o procedurach zabiegowych i anestezyjologicznych, jakie wykonano na rzecz pacjenta, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane</p> <p>Referencyjny koszt – koszt uzasadniony, obliczony dla referencyjnego przebiegu świadczenia</p> <p>Referencyjny przebieg – wzorcowy (najbardziej typowy) przebieg procesu świadczenia określony metodą ekspercką</p> <p>Rzeczywisty przebieg świadczenia - wzorcowy (najbardziej typowy) przebieg procesu świadczenia określony na bazie informacji pozyskanej od świadczeniodawców o wszystkich świadczeniach opieki zdrowotnej, jakie zostały zrealizowane przez nich w danym zakresie. Ustalenie przebiegu rzeczywistego odbywa się poprzez obliczenie średniej ilości poszczególnych elementów świadczenia opieki zdrowotnej w całym zbiorze świadczeń</p> <p>SCIPP - (ang. System for Classification of In-Patient Psychiatry)</p> <p>SM – plik zawierający informacje na temat poszczególnych produktów zrealizowanych przez świadczeniodawcę ze statystyki medycznej</p> <p>SMD - (ang. severe mental disorders) ciężkie zaburzenia psychiczne</p> <p>SNRI – (ang. serotonin and epinephrine reuptake inhibitors) inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny</p> <p>SP – (ang. social phobia) fobie społeczne</p> <p>SSRI – (ang. selective serotonin reuptake inhibitors) selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny</p> <p>Standard rachunku kosztów – sposób identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych w systemie finansowo-księgowym oraz sposób kalkulacji kosztów świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolingowym w rozumieniu przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.</p> <p>Świadczenie bazowe – wybrane świadczenie opieki zdrowotnej, którego ustalony koszt z przypisaną wagą = równą wartości 1 posłuży do zamiany kosztu świadczeń na wartość punktową</p> <p>Świadczenie opieki zdrowotnej – zbiór wszystkich elementów świadczenia: rzeczowych oraz towarzyszących, udzielonych podczas pojedynczego kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą</p> <p>Świadczeniodawca – zgodnie z ustawą o świadczeniach jest nim:</p> <ol style="list-style-type: none"> podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi; <p>System finansowo-księgowy – system, w którym odbywa się identyfikacja, ewidencja i rozliczanie kosztów rzeczywistych</p> <p>Taryfa świadczeń – zgodnie z art. 5 pkt 42a ustawy o świadczeniach, zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 345)</p> <p>Taryfikacja – zespół działań prowadzących do ustalenia taryfy świadczeń</p> <p>TLPD – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne</p> <p>UE – Unia Europejska</p> <p>Ustawa o świadczeniach – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581.)</p> <p>WHO - (ang. World Health Organization) Światowa Organizacja Zdrowia</p> <p>WM – plik Wyroby Medyczne – zawiera informacje o wyrobach medycznych, jakie pacjent otrzymał w trakcie realizacji świadczenia</p>
--

opieki zdrowotnej, o ile świadczeniodawca rejestrował takie dane

Zasoby – personel, sprzęt specjalistyczny, leki i wyroby medyczne o istotnej wartości, dodatkowe procedury diagnostyczne, zabiegowe i inne

Zasoby elastyczne – zasoby ekonomiczne nabywane przez świadczeniodawcę w miarę potrzeb, których rodzaj i ilość mogą być dopasowane do realizowanych zadań

Zasoby ludzkie – ludzie wraz ze swoimi umiejętnościami i doświadczeniami

Zasoby niewykorzystane – zasoby zaangażowane, które w okresie sprawozdawczym nie zostały wykorzystane przez świadczeniodawcę do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz utrzymania gotowości do ich udzielania

Zasoby zaangażowane – zasoby ekonomiczne nabywane przez świadczeniodawcę z pewnym wyprzedzeniem w stosunku do ich wykorzystania; koszt zasobów zaangażowanych jest ujmowany w tzw. koszcie bazowym

Spis treści

1. Problem decyzyjny	6
1.1. Problem zdrowotny.....	6
1.2. Aktualny zakres, sposób i poziom finansowania w Polsce	37
1.3. Aktualny stan finansowania w Polsce	43
1.3.1. Liczba i wartość podpisanych umów z NFZ w latach 2010-2015 r.	44
1.3.2. Koszty realizacji świadczeń	46
1.3.3. Liczba lekarzy	47
1.3.4. Liczba łóżek	49
1.3.5. Liczba placówek	52
1.3.6. Kolejki oczekujących	56
1.4. Rozwiązania systemowe w innych krajach	58
2. Metodyka	84
2.1. Pozyskanie danych	84
2.2. Weryfikacja danych	87
2.3. Ustalenie taryfy.....	88
2.3.1. Koszt bazowy	89
2.3.2. Koszty procedur.....	92
2.3.3. Leki i wyroby medyczne	93
2.3.4. Izba przyjęć	94
2.3.5. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	96
2.3.6. Przekształcenie danych medyczno-kosztowych w taryfę.....	97
3. Taryfy	99
3.1. Świadczenia ambulatoryjne	99
3.2. Świadczenia stacjonarne	115
4. Opinie ekspertów.....	121
5. Ocena wpływu na budżet płatnika publicznego.....	123
6. Kluczowe informacje i wnioski	127
7. Źródła.....	133
8. Załączniki	136

1. Problem decyzyjny

Celem opracowania jest weryfikacja wyceny punktowej świadczeń opieki zdrowotnej przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców i zaproponowanie nowych taryf punktowych odzwierciedlających wzajemne relacje kosztowe, z wykorzystaniem danych historycznych wybranych świadczeniodawców za 2013 i 2014 rok, zgodnie z przyjętą metodyką.

Przedmiotem opracowania są świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zgodnie z planem taryfikacji zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2015 r.

Zdrowie psychiczne jest ważnym punktem zainteresowania międzynarodowych agend odpowiedzialnych za zdrowie. WHO wydało szereg dokumentów diagnozujących populację Europy pod tym kątem oraz proponujących konkretne strategie na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego, np.: „Deklarację o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy” oraz „Plan działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dla Europy”. Także Unia Europejska, zarówno Komisja Europejska, jak i Rada UE, dostrzega wagę problemu i potrzebę nadania zdrowiu psychicznemu priorytetu w politykach zdrowotnych państw członkowskich, a także podjęcia konkretnych działań kładących nacisk na zapobieganie zaburzeniom psychicznym, w tym na poprawę czynników środowiskowych promujących zdrowie i dobrostan psychiczny.

W Polsce, zagadnienia ochrony zdrowia psychicznego reguluje osobna Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535 z późn. zm.). Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych stanowi jeden z czołowych priorytetów zdrowotnych, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126). Konkretnie działania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców Polski zostały zawarte w „Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015”, ujętym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). W nawiązaniu do NPOZP, Ministerstwo Zdrowia wydało w 2011 r. dokument „Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia”, którego celem było wskazanie obszarów priorytetowych w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem obciążeń zdrowotnych i finansowych, wynikających z poszczególnych zaburzeń psychicznych (lub ich grup), oraz dotychczas stosowanych form ich leczenia [1]. Ponadto, w lutym 2015 AOTMiT zaopiniowała pozytywnie także ministerialny „Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019”. W projekcie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie Ustanowienia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020 r. jednym z celów operacyjnych jest poprawa zdrowia psychicznego, w tym zapobieganie uzależnieniom behawioralnym.

Mimo ww. działań, stan zdrowia psychicznego i opieka psychiatryczna stanowi istotny problem społeczny w Polsce, o czym świadczą obiektywne wskaźniki zdrowotne oraz dane na temat zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych w zestawieniu ze standardami europejskimi. Analiza rzeczywistych kosztów opieki może być pierwszym krokiem do zmiany sytuacji poprzez urealnienie wyceny świadczeń gwarantowanych oraz wykazanie wad aktualnie obowiązującego sposobu finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

1.1. Problem zdrowotny

Psychiatria obejmuje dużą i niejednorodną grupę schorzeń, w której znajdują się zarówno ciężkie choroby psychiczne, zaburzenia psychiczne o różnym pochodzeniu i nasileniu, jak i wszelkiego rodzaju uzależnienia.

W międzynarodowej terminologii psychiatrycznej funkcjonują dwie główne klasyfikacje: opracowana przez WHO ICD-10 oraz amerykańska DSM-V [2].

Według klasyfikacji ICD-10, całą grupę rozpoznań psychiatrycznych określa się mianem „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”, które obejmują 10 podgrup:

- F00-F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi,
- F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych,
- F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe,
- F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne),

- F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną,
- F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi,
- F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych,
- F70-F79 Upośledzenie umysłowe,
- F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego),
- F90-F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

Dodatkowo przewidziano kod Z81 „Obciążenie rodzinne zaburzeniami umysłowymi i zaburzeniami zachowania”, dla odzwierciedlenia współwystępowania problemu zdrowotnego w najbliższym otoczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Epidemiologia

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. Do najczęściej występujących zaburzeń zalicza się zaburzenia lękowe (u ok. 14% populacji), bezsenność (7%), depresję (6,9%), uzależnienia (>4%), ADHD u dzieci (ok. 5%) oraz demencję (od 1% do 30% w zależności od kategorii wiekowej). Uważa się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych było istotnie niedoszacowane w badaniach prowadzonych w przeszłości [3].

Tabela 1. Rozpowszechnienie występowania wybranych zaburzeń psychicznych w Europie

Kategorie zaburzeń i uzależnień		Mediana (zakres) [%] na podstawie badań	Oszacowania ekspertów [%]
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	Alkohol	3,4 (0,0-9,3)	3,4
	Opioidy	0,3 (0,1-0,7)	0,1-0,4
	Kanabinoidy	0,3 (0,0-0,9)	0,3-1,8
Zaburzenia psychotyczne		1,0 (0,2-2,6)	1,2
Zaburzenia nastroju	Duża depresja	5,7 (1,0-10,1)	6,9
	Zaburzenia dwubiegunowe	0,7 (0,2-1,1)	0,9
	Ogółem	-	7,8
Zaburzenia lękowe	Fobie społeczne	2,0 (0,6-7,9)	2,0
	Uogólnione zaburzenia lękowe	2,0 (0,2-4,3)	2,0
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	0,7 (0,1-2,3)	0,7
	Ogółem	-	14,0
Zaburzenia o podłożu somatycznym		6,3 (0,6-6,7)	4,9
Zaburzenia odżywiania	Anoreksja	0,1 (0,0-0,6)	0,8
	Bulimia	0,3 (0,0-0,9)	0,7
Zaburzenia snu	Bezsenność	-	29,1
	Bezdech senny	-	12,5
Zaburzenia wieku dziecięcego i młodzieńczego	ADHD	-	5,0
Demencja		-	6,3

Źródło: [3]

Zgodnie z wynikami Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (Global Burden of Disease Study) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), wśród 20 najczęstszych chorób znajduje się kilka zaburzeń psychicznych: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające i zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu [4].

W zakresie danych dla Polski, badanie EZOP [5] było pierwszym badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych, przeprowadzonym zgodnie z metodologią WHO we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Zastosowano w nim złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) w liczącej ponad 10 tysięcy respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych (w tym lękowych i neurastenii) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychotycznych i organicznych zaburzeń psychicznych wykraczała poza obszar projektu.

Stwierdzono, 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 doświadczała więcej niż jednego z badanych zaburzeń, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Liczbę tych ostatnich, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, oszacowano można na blisko ćwierć miliona osób.

Do najczęstszych należały zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Ekstrapolacja tych danych na populację ogólną pozwala przyjąć, iż nadużywanie substancji, w tym alkoholu dotyczy ponad 3 milionów, a uzależnienie – około 700 tysięcy osób w wieku produkcyjnym. Liczba Polaków mających doświadczenia z nielegalnymi narkotykami kiedykolwiek w życiu wynosi ponad milion osób. Oszacowania liczby aktualnych konsumentów są niższe, ale i tak znacznie przekraczają 300 tysięcy. Kryteria nadużywania spełnia blisko 100 tysięcy osób, z czego połowę stanowią uzależnieni.

Kolejna grupa zaburzeń pod względem rozpowszechnienia to zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Ogółem wszystkie postacie zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji. Ekstrapolacja danych na populację polską pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami na 2,5 mln.

Zaburzenia nastroju – depresja, dystymia i mania – łącznie rozpoznawano u 3,5% respondentów, co przy ekstrapolacji wyników umożliwia oszacowanie liczby osób dotkniętych tymi problemami na blisko 1 milion. Depresja, niezależnie od stopnia jej ciężkości, zgłaszana była przez 3% badanych.

Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zachowania i eksplozywne), które mogą sygnalizować lub poprzedzać szereg innych stanów klinicznych, rozpoznawano u 3,5% respondentów. Ekstrapolacja wyników na populację Polaków pozwala oszacować liczbę osób dotkniętych tymi zaburzeniami także na blisko 1 milion.

Odnosnie do schizofrenii, która jest najczęstszą ciężką chorobą psychiczną, szacuje się, że w Polsce liczba pacjentów wynosi ok. 400 tys. Zapadalność na schizofrenię waha się w granicach od 15 do 30 na 100 tys. osób rocznie. Światowe rozpowszechnienie choroby sięga 50 mln pacjentów, z czego 33 mln żyje w krajach rozwijających się. Schizofrenia rzadko rozpoczyna się przed osiągnięciem dojrzałości płciowej, natomiast po wkroczeniu w dorosłość zapadalność gwałtownie rośnie. Choć ogólna zapadalność w obrębie obu płci jest zbliżona, średni wiek rozpoznania wynosi u mężczyzn 15–24 lat, w porównaniu z 25–34 rokiem życia u kobiet. Wcześniejszy początek wiąże się z gorszą prognozą [4].

Dane na temat leczonych w otwartej i zamkniętej opiece psychiatrycznej gromadzi i udostępnia Instytut Psychiatrii i Neurologii. W publikacji z 2012 r. [4] uaktualnionej o dane z 2012 r. na podstawie publikacji [6] przedstawiono najistotniejsze dane w zakresie leczenia psychiatrycznego:

- Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem¹ i po raz pierwszy² niemalże podwoiła się w okresie 1997-2012 (wzrost o 104%). Nieznaczne odwrócenie tendencji wzrostowej wystąpiło przez dwa lata w 2005 i 2006 r. oraz w 2011 r. w zakresie leczonych ogółem a także w 2012 r. w zakresie leczonych po raz pierwszy. W 2012 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1,53 mln osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 429/10 tys. ludności niż mężczyźni – 363/10 tys.), z czego 0,38 mln to pacjenci pierwszorazowi.

¹ Dotyczy osób które są zarejestrowane w zakładach opieki ambulatoryjnej w danym roku, gdyż chorego wlicza się do ewidencji jeden raz, niezależnie od liczby porad w ciągu roku,

² Są to osoby zarejestrowane w danym roku w poradni danego rodzaju po raz pierwszy w życiu.

- Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, dominującym wśród kobiet, są zaburzenia nerwicowe – w 2012 r. 0,37 mln leczonych ogółem (mężczyźni – 64/10 tys., kobiety – 128/10 tys.), w tym 110 tys. po raz pierwszy. W wyniku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, które dominują wśród mężczyzn, leczono 178 tys. osób (mężczyźni 74/10 tys., kobiety 20/10 tys.), w tym 63 tys. po raz pierwszy.
- W latach 1997-2012 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej wzrosła o 41%, przy czym kolejno w latach 2011 i 2012 zaznaczył się trend spadkowy w hospitalizacjach. W 2012 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 200 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 69/10 tys. niż kobiet – 36/10 tys.), w tym 84 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy.
- Na przestrzeni lat 2011-2012 liczba leczonych w ramach opieki dziennej wyniosła odpowiednio 70,6/100 tys. oraz 67,8/100 tys. mieszkańców. Wskaźnik leczonych po raz pierwszy w 2011 r. wyniósł 32,6/100 tys., natomiast w 2012 r. liczba pacjentów wyniosła 31,2/100 tys. Zaledwie w ciągu roku zaobserwowano spadek zarówno w liczbie leczonych z dziennych zakładach opieki zdrowotnej jak i w średnim czasie pobytu pacjentów odpowiednio 65,5 dni w 2011 r. oraz 56 dni w roku kolejnym. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu – w 2012 r. dotyczyło ono 72 tys. osób, (częściej mężczyzn – 33/10 tys., ponad sześciokrotnie rzadziej kobiet – 5/10 tys.), w tym 37 tys. leczonych po raz pierwszy.
- Chorzy leczeni z powodu schizofrenii stanowią drugą co do wielkości grupę wśród leczonych ogółem, ale są piątą grupą wśród leczonych po raz pierwszy. W 2012 r. z tego powodu leczono stacjonarnie 34 tys. osób (mężczyźni – 10/10 tys., kobiety – 8/10 tys., mieszkańcy miast – 9/10 tys., wsi – 8/10 tys.), a wśród nich po raz pierwszy 5,6 tys. osób (mężczyźni – 1,6/10 tys., kobiety – 1,3/10 tys.).
- Wśród pacjentów hospitalizowanych kolejną co do wielkości grupę zaburzeń stanowią zaburzenia organiczne - w 2012 r. 29 tys. osób, co stanowiło 15% ogółu leczonych (mężczyźni – 8/10 tys., kobiety – 7/10 tys.). W tej grupie 12 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy (mężczyźni i kobiety po 3/10 tys.).
- Kobiety są o ponad połowę częściej niż mężczyźni (65%) leczone w oddziałach całodobowych z powodu zaburzeń nastroju / afektywnych (łącznie kobiety 6,5/10 tys., mężczyźni 4/10 tys.).
- Podobnie jak w oddziałach całodobowych, najczęstszym rozpoznaniem w zakładach opieki dziennej były zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, gdzie 75% leczonych stanowili mężczyźni. Kolejnym najczęstszym rozpoznaniem związanym z pobytem w dziennych zakładach opieki zdrowotnej były zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, w których udział kobiet stanowił około 70%. Schizofrenia również stanowiła częsty rodzaj zaburzeń wśród leczonych w dziennych zakładach opieki zdrowotnej, w tym w 53% dotyczyła mężczyzn i w 47% - kobiet.

Tabela 2. Leczeni w ambulatoryjnej i całodobowej opiece psychiatrycznej w 2012 r. – współczynniki na 100 tys. ludności

Rozpoznanie	Opieka ambulatoryjna		Opieka całodobowa	
	Leczeni ogółem	Leczeni po raz pierwszy	Leczeni ogółem	Leczeni po raz pierwszy
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)	583,0	115,3	76,1	30,8
Schizofrenia (F20)	393,9	41,7	88,5	14,5
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39)	815,2	176,9	52,5	18,5
Zaburzenia nerwicowe (F40-F48)	970,3	284,6	35,9	22,7
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	461,6	163,6	187,9	95,6
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnymi (F11-F19)	76,9	30,1	29,1	12,3

Źródło: [6]

Z danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii [6] wynika, iż w placówkach psychiatrycznych w Polsce leczonych jest ok. 1,53 mln osób, co przy założeniu, że wielkość populacji wymagającej pomocy

w zakresie problemów zdrowia psychicznego wynosi (wg badania epidemiologicznego EZOP) co najmniej 6 mln osób, daje ok. 25% osób potrzebujących. Przyjmuje się natomiast, że efektywny system opieki zdrowotnej powinien objąć co najmniej 80% osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak otępienie czy schizofrenia, oraz co najmniej 33-50% osób z depresją czy uzależnieniami [7].

Wskaźnik hospitalizacji psychiatrycznej z powodu schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych w Polsce wynosi 145 na 100 tys. i lokuje się nieco powyżej średniej dla UE, ale czas hospitalizacji (ponad dwa miesiące) należy do najdłuższych [7].

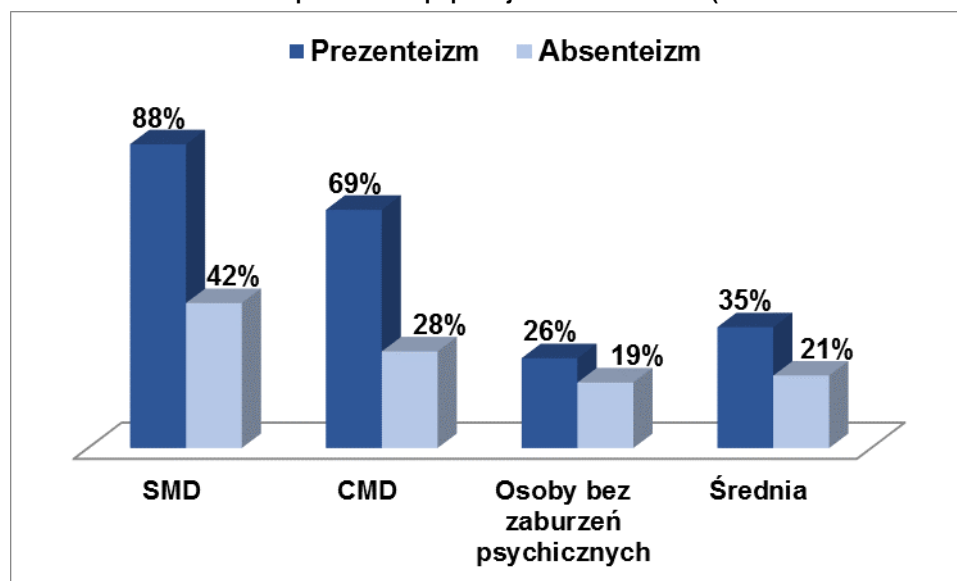
Konsekwencje społeczne zaburzeń psychicznych

Choroby psychiczne, w przeciwieństwie do chorób somatycznych, powodowane są nie pojedynczym czynnikiem, ale interakcją wielu czynników, w tym czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Ciężkie zaburzenia psychiczne (ang. *severe mental disorders*, SMD) występują zdecydowanie rzadziej niż zaburzenia psychiczne o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, blisko 3/4 pacjentów cierpi na tzw. powszechne zaburzenia psychiczne (ang. *common mental disorders*, CMD). Systemy opieki psychiatrycznej są obecnie lepiej przygotowane do leczenia pacjentów z SMD, natomiast często nie są odpowiednio zorganizowane, zaopatrzone i finansowane, aby adresować potrzeby pacjentów z CMD. Konsekwencją takiej sytuacji jest nieefektywne wykorzystanie dostępnych zasobów oraz wysokie koszty pośrednie chorób psychicznych [8].

- Część zaburzeń psychicznych ma charakter względnie łagodny i nie ma istotnego wpływu na codzienne funkcjonowanie. Około 10-20% wszystkich przypadków ocenia się jako przejawiające ciężkie zaburzenia i najczęściej są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne a ich przebieg ma charakter przewlekły [7].
- Zaburzenia psychiczne oddziałują na emocjonalny, finansowy i społeczny wymiar życia chorego, jego rodziny i otoczenia [9].
- Prawie 9 na 10 osób dotkniętych problemami psychicznymi doświadcza stygmatyzacji i dyskryminacji, 70% ogranicza z tego powodu swoją aktywność [10].
- Zaburzenia psychiczne wiążą się z krótszym trwaniem życia, w porównaniu do populacji ogólnej, o ponad 20 lat. Fakt ten wynika z wysokiej częstości występowania przewlekłych chorób cywilizacyjnych (ch. sercowo-naczyniowe, nowotwory, cukrzyca i in.) w tej populacji oraz ograniczonego dostępu do opieki psychiatrycznej i jej niskiej jakości [10]. Przeciętnie tylko 26% osób chorych psychicznie w Europie otrzymuje właściwą opiekę medyczną, podczas gdy dla chorych somatycznie wskaźnik ten wynosi ponad 75% [9].
- Roczny współczynnik samobójstw w regionie europejskim WHO wynosi 13,9/100 tys., ale jest bardzo zróżnicowany na poziomie krajów [10]. W wielu krajach samobójstwa są wiodącą przyczyną zgonów wśród nastolatków [10]. Polska znajduje się w czołówce europejskich państw pod względem liczby samobójstw ogółem; standaryzowany współczynnik w 2012 roku oszacowano na 16,6/100 tys. ludności. Wyższy odnotowano jedynie w Ukrainie (16,8), Białorusi (18,3), Węgrzech (19,1), Rosji (19,5), Litwie (28,2). U pozostałych naszych sąsiadów, podobnie jak w pozostałej części Europy (w tym w krajach skandynawskich), współczynnik ten nie przekracza 10-15, a nawet 5 (Włochy – 4,7) [9]. Współczynnik zgonów z powodu samobójstw wśród mężczyzn jest w Polsce wyższy o blisko 68% od średniego dla krajów UE i sytuacja pogarsza się w okresie ostatnich 10 lat [4]. Generalnie, mężczyźni są prawie 5-krotnie bardziej predysponowani do popełnienia samobójstwa niż kobiety [10].
- Zaburzenia psychiczne i choroby neurologiczne odpowiadają łącznie za 1/4 wszystkich przyczyn niepełnosprawności. Z niepełnosprawnością w największym stopniu wiążą się cztery kategorie chorób: depresje, otępienie, uzależnienie od alkoholu i udar [7].
- Zaburzenia neuropsychiatryczne powodują drugi po chorobach sercowo-naczyniowych ubytek lat skorygowanych o niepełnosprawność (Disability-adjusted life-years, DALYs) w wysokości 19,5 lat (ch. sercowo-naczyniowe – 22,9, nowotwory złośliwe – 11,4, urazy – 9,6, ch. układu pokarmowego – 4,9, ch. układu oddechowego – 4,5, samouszkodzenia (ang. intentional injuries) – 4,3, schorzenia narządów zmysłu – 4,1, infekcje i zakażenia – 3,8, ch. mięśniowo-szkieletowe – 3,7, infekcje oddechowe – 2,1, zaburzenia perinatalne – 1,8) [10].
- Przyczyną niezdolności do pracy w 2012 r. były choroby układu krążenia – 22,3% ogółu orzeczeń, nowotwory – 21,7%, zaburzenia psychiczne – 10,8%, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego – 12,2%, urazy kości, stawów i tkanek miękkich – 7,9% oraz choroby układu nerwowego – 7,3%. Łącznie wymienione wyżej schorzenia były przyczyną wydania ponad 82,2% ogółu orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy.
- Największe koszty utraconej produktywności generują następujące grupy chorobowe: choroby układu krążenia (17,5% ogółu kosztów), choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (9,6%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (9,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (9,4%), nowotwory (8,8%) oraz choroby układu oddechowego (7,4%). Łączny koszt utraconej produktywności z powodu wymienionych grup chorobowych wynosił w 2010 r. prawie 50 mld PLN.
- Największe wydatki z tytułu niezdolności do pracy w 2010 r. generowały choroby układu krążenia – 16,2% ogółu wydatków, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 15,9%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,5%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 10,1%, choroby układu nerwowego – 9,5% oraz choroby układu oddechowego – 7,5%. Te grupy chorobowe w 71,7% były przyczyną poniesionych wydatków [11].

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 CMD 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% przyszedła do pracy dla samej obecności (tzw. prezenteizm). Z kolei, w populacji pacjentów z SMD odsetki te wynosiły aż 42% i 88%. W populacji osób niedotkniętych zaburzeniami psychicznymi odsetki te są istotnie niższe i wynoszą odpowiednio 19% i 26%.

Rysunek 1. Prezenteizm i absenteizm w podziale subpopulacje w roku 2010 roku (badanie Eurobarometru)



Źródło: [8]

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 czasu słaby stan zdrowia psychicznego ludności może negatywnie wpływać na koniunkturę gospodarczą [8]. Realizowanie świadczeń opieki psychiatrycznej nad pacjentami z CMD 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 [12].

Leczenie w świetle standardów klinicznych

Leczenie psychiatryczne obejmuje farmakoterapię (leki psychotropowe i inne), psychoterapię (indywidualną, grupową, rodzinną) oraz inne metody biologiczne (terapię elektrowstrząsową oraz psychochirurgię). Może odbywać się ono zarówno w szpitalu, jak i na zasadzie wizyt u specjalisty w odpowiednich poradniach (Poradnia Zdrowia Psychicznego, Poradnia Leczenia Nerwic, Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży itd.). W pewnych przypadkach regulowanych przez prawo do podjęcia leczenia nie jest wymagana zgoda pacjenta [13].

Tabela 3. Leki psychotropowe

Leki psycholeptyczne (psycholeptyki)	Leki psychoanaleptyczne (psychoanaleptyki)	Leki przeciwparkinsonowskie (stosowane w chorobie Parkinsona)
<ul style="list-style-type: none"> • leki przeciwpyschotyczne (neuroleptyki) – dawniej znane również pod nazwą „duże trankwilizery” • leki anksjolityczne (anksjolityki) – inaczej leki przeciwlękowe, dawniej znane również pod nazwą „małe trankwilizery” • leki normotymiczne • leki nasenne i leki uspokajające 	<ul style="list-style-type: none"> • leki przeciwdepresyjne • leki psychostymulujące • leki nootropowe (prokognitywne) – wpływające na funkcje poznawcze 	-

Źródło: [14]

Dokonano przeglądu literatury fachowej celem odnalezienia aktualnych polskich wytycznych klinicznych, zaleceń, konsensusów polskich ekspertów, rekomendacji towarzystw naukowych, odnoszących się do leczenia zaburzeń psychicznych i uzależnień od substancji psychoaktywnych. W razie potrzeby uzupełniano informacje na podstawie dokumentów zagranicznych, ChPL produktów leczniczych (uzupełnienie informacji o dawkowaniu) oraz obowiązujących aktów prawnych dotyczących psychiatrii i leczenia uzależnień.

Rekomendacji klinicznych poszukiwano poprzez:

- serwisy internetowe towarzystw naukowych i instytucji:
 - Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP),
 - Polskie Towarzystwo Badań nad Uzależnieniami (PTBU)
 - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA),
 - Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN),
 - Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN),
 - World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP),
 - American Psychiatric Association (APA),
 - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP),
 - Royal College of Psychiatrists (RCP),
 - British Association for Psychopharmacology (BAP),
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE),
- dedykowane wyszukiwarki internetowe (www.g-i-n.net/, www.termedia.pl, www.mp.pl);
- ręczne wyszukiwanie poprzez www.google.com;
- referencje odnalezionych dokumentów.

1. Schizofrenia [15]

Oprócz leczenia farmakologicznego istotne jest oddziaływanie

pozafarmakologiczne, tj. psychoterapia, psychoedukacja, terapia rodzin, na każdym etapie choroby.

Standardy leczenia farmakologicznego w schizofrenii mają zastosowanie w większości sytuacji klinicznych, u przeważającej liczby chorych. Nie ma ponadto dowodów, iż różne postaci schizofrenii wymagają odrębnego postępowania terapeutycznego.

W poniższej tabeli przedstawiono szacunkowe okresy leczenia farmakologicznego schizofrenii, przy czym są to wartości zmienne, zależne od wielu czynników (jakość poprawy, współpraca chorego, wsparcie w środowisku, występowanie innych schorzeń lub zaburzeń, dostęp do pomocy profesjonalnej).

Tabela 4. Orientacyjny czas leczenia farmakologicznego w schizofrenii

Sytuacja kliniczna	Leczenie „ostre”	Leczenie „podtrzymujące”	Uwagi
Pierwszy epizod	6 miesięcy	Od roku do 2 lat	Zależy od jakości uzyskanej poprawy
Kolejny epizod	6 miesięcy	Do kilku lat	Okres krótszy w przypadku „samoistnego” pogorszenia, dłuższy w przypadku braku współpracy lub w przypadku schorzeń współistniejących
Zaostrzenie	6 miesięcy	Do kilku lat	Najdłużej w przypadku braku współpracy oraz używania substancji psychoaktywnych

Przewlekła psychoza	-	Co najmniej kilka lat	Wymaga okresowej weryfikacji doboru leku, dawki oraz współpracy
---------------------	---	-----------------------	---

W poniższej tabeli przedstawiono standardowe dawki leków przeciwpsychotycznych stosowanych w Polsce, przy czym dobór dawki zawsze musi być zindywidualizowany do chorego. Przestrzeganie zalecanych dawek jest niezbędnym warunkiem prawidłowo prowadzonej farmakoterapii schizofrenii.

Tabela 5. Dawki dzienne leków przeciwpsychotycznych [mg]

Lek	Dawka minimalna	Dawka przeciętna „terapeutyczna”	Dawka maksymalna	Uwagi
Leki klasyczne				
Chlorpromazyna	100	200-600	800	
Chlorprotiksen	50	100-300	600	Rzadko stosowany w leczeniu psychoz
Flufenazyna	5	10-20	30	
Flupent ksol	3	3-15	30	
Haloperidol	5	5-10	20	Przekraczanie dawki 20 mg/d rzadko powoduje poprawę skuteczności, a znacznie zwiększa ryzyko nietolerancji
Lewopromazyna	50	100-200	300	
Perazyna	200	300-800	1000	
Perfenazyna	4	12-48	64	
Promazyna	200	300-800	1000	Rzadko stosowana w leczeniu psychoz
Sulpiryd	200	300-800	1200	
Trifluoroperazyna	10	20-40	60	
Zuklopentiksol	25	30-60	100	
Leki II generacji				
Amisulpryd	100	300-800	800 (1200)	Dawka 1200 mg/d stosowana bywa poza wskazaniem. Nie ustalono wyraźnie lepszej skuteczności tej dawki wobec dawki 800 mg/d.
Aripiprazol	7,5	15-30	30	
Kwetiapina	200	200-600	750	
Olanzapina	5	10-20	25	Dawka 30 mg/d jest coraz częściej uznawana za maksymalną.
Risperidon	1	2-4	8	Przekraczanie dawki 8 mg/d nie wiąże się z wyraźną poprawą skuteczności, mimo że dawniej stosowano dawki 12-16 mg/d.
Sertindol	8	12-20	24	
Ziprasidon	80	120-160	160	
Lek atypowy				
Klozapina	100	200-600	800	

* - podane są dawki leków stosowane w praktyce, niekonieczne zgodne z dawkami podawanymi w ChPL

W pierwszym epizodzie schizofrenii lekami z wyboru są leki przeciwpsychotyczne II generacji (LPIIG), przy czym wybór konkretnego leku zależy od obrazu klinicznego i całej sytuacji medycznej. Leczenie należy zaczynać od małych dawek i powoli je zwiększać. Algorytm farmakoterapii dopuszcza zmiany

leku na inny LPIIG lub lek klasyczny w przypadku braku poprawy lub niepełnej poprawy. Przy drugiej zmianie leku można już zastosować kłozapinę, a przy trzeciej alternatywnie także potencjalizację lekiem normotymicznym, przeciwdepresyjnym lub innym, albo wdrożyć elektrowstrząsy (EW). Na ostatnim poziomie zaleceń, oprócz wcześniej wymienionych opcji (z użyciem leków wcześniej nie stosowanych), dopuszcza się ponadto zastosowanie kombinacji dwóch lub więcej leków przeciwpsychotycznych.

W kolejnym epizodzie schizofrenii, zależnie od podobieństwa obrazu klinicznego i doświadczeń z leczenia poprzedniego epizodu, można zastosować ten sam lek co uprzednio lub inny, w tym także klasyczny. W przypadku niezadowolających efektów, już w drugiej linii można zastosować kłozapinę (ewentualnie).

W leczeniu podtrzymującym stosuje się ten lek, który wpłynął na poprawę stanu chorego. Lek należy stosować ciągle, bez przerw, przez pierwsze 6 miesięcy w niezmienionej dawce, później dostosować indywidualnie do chorego (stan psychiczny, tolerancja leczenia, wydarzenia życiowe). Orientacyjne, empirycznie ustalone minimalne dawki leków przeciwpsychotycznych w leczeniu podtrzymującym schizofrenii, zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 6. Orientacyjne minimalne dawki leków przeciwpsychotycznych w leczeniu podtrzymującym [mg/d]

Lek	Dawka	Lek	Dawka
Leki klasyczne		Leki II generacji	
Chlorpromazyna	100	Amisulpryd	200
Chlorprotiksen	100	Aripiprazol	10
Flufenazyna	3	Kwetiapina	100
Flupent ksol	3	Olanzapina	5
Haloperidol	5	Risperidon	2
Lewopromazyna	75	Ziprasidon	20
Perazyna	100	Lek atypowy	
Perfenazyna	12	Kłozapina	100
Sulpiryd	200		
Trifluoroperazyna	5		
Zuklopentiksol	20		

Farmakoterapia podtrzymująca powinna trwać co najmniej 1-2 lata po pierwszym epizodzie i co najmniej 5 lat po dwóch lub więcej epizodach. U niektórych chorych konieczne jest wydłużenie tego okresu lub kontynuowanie terapii bezterminowo (zachowania agresywne lub samobójcze). Odstawienie leków musi być stopniowe, w ciągu kilku miesięcy.

Oprócz farmakoterapii, leczenie podtrzymujące obejmuje także właściwe oddziaływania psychospołeczne w ramach opieki ambulatoryjnej, oddziału interwencji kryzysowej, oddziału dziennego o różnym profilu, mieszkań chronionych, form leczenia środowiskowego, warsztatów, klubów, domów środowiskowych, telefonów zaufania, grup wsparcia itp.

Podstawą terapii podtrzymującej jest systematycznie prowadzone monitorowanie stanu pacjenta (pod kątem objawów schizofrenii lub innych zaburzeń, zażywania substancji psychoaktywnych, przyjmowania leków, tolerancji leczenia, podstawowych parametrów fizycznych, objawów prolaktynemii, zaburzeń metabolicznych). Ponadto okresowo należy przeprowadzać badania dodatkowe:

- morfologię krwi, stężenie elektrolitów, kreatyniny w surowicy krwi, próby wątrobowe (co rok lub częściej);
- stężenie glukozy we krwi na czczo lub hemoglobiny A1c (4 miesiące po rozpoczęciu leczenia przeciwpsychotycznego, a następnie co rok lub częściej);
- profil lipidowy (co najmniej co 5 lat);
- badanie EKG (przed i na początku leczenia oraz przy zmianie dawki leku).

Wystąpienie działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych wymaga korekty farmakoterapii lub ewentualnie zastosowania dodatkowych leków:

- objawy pozapiramidowe – leki cholinolityczne (biperiden w tabletkach lub iniekcjach domięśniowych w dawce 2-8 mg/d, piridinol w tabletkach w dawce 5-15 mg/d, triheksyfenidyl w tabletkach w dawce 2-15 mg/d);
- akatyza – pochodne benzodiazepiny (np. diazepam) lub B-blokery (np. propranolol), ewentualnie klonidyna, amantadyna;
- późne dyskinety – leki uspokajające (np. benzodiazepiny), blokujące kanały wapniowe (np. nifedypina) lub normotymiczne (pochodne kwasu walproinowego), ewentualnie amantadyna, witamina E; przy utrzymujących się dyskinetykach - klozapina;
- hiperprolaktynemia – agoniści receptorów DA (np. bromokryptyna, kabergolina);
- zespół metaboliczny – topiramata, orlistat, metformina;
- złośliwy zespół poneuroleptyczny – odstawienie leków przeciwpsychotycznych, leczenie w OAiT (leki działające dopaminergicznie, np. bromokryptyna lub amantadyna, pochodne benzodiazepiny, małe dawki LPIIG lub klozapiny, ostatecznie - EW).

2. Choroby afektywne [15]

Depresja w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej

Epizod depresyjny może być leczony w POZ, o ile depresja ma nasilenie łagodne lub umiarkowane, brak objawów psychotycznych, brak tendencji samobójczych, w przeszłości wystąpiła dobra odpowiedź na leczenie, takie jest życzenie pacjenta. Bardziej nasilone epizody depresyjne, depresje lekooporne, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi, z myślami samobójczymi, z cechami dwubiegunowości są wskazaniem do leczenia przez lekarza psychiatrę. Przypadki ciężkie mogą wymagać hospitalizacji.

W naturalnym przebiegu nieleczony epizod depresyjny trwa przeciętnie ponad 6 miesięcy, a choroba charakteryzuje się znaczną nawrotowością. Głównym celem leczenia jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej i remisji objawowej, a następnie zapobieganie wczesnemu nawrotowi objawów, usunięcie rezydualnych objawów depresji i powrót pacjenta do przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego.

W zaburzeniach depresyjnych o umiarkowanym i głębokim nasileniu leczeniem z wyboru jest farmakoterapia za pomocą leków przeciwdepresyjnych (LPD). W łagodnej depresji bez objawów psychotycznych interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne mogą być wystarczające. Wybór właściwego leku zależy od wielu czynników klinicznych i pozaklinicznych.

Tabela 7. Leki stosowane w depresji w Polsce i ich przeciętne dawkowanie

Grupa leków	Lek	Dawkowanie
Leki przeciwdepresyjne		
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD)	Imipramina	100-300 mg/d (śr. 150mg/d)
	Amitryptylina	
	Klomipramina	
Selektywne inh bitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI)	Fluoksetyna	Początkowo 20 mg/d w jednej dawce rano; można zwiększać do 60 mg/d
	Fluwoksamina	100-300 mg/d; w dwóch dawkach dzielonych
	Paroksetyna	Początkowo 20 mg/d; można zwiększać do 60 mg/d
	Sertralina	50-200 mg/d
	Citalopram	20-60 mg/d
	Escitalopram	10-20 mg/d; max 40 mg/d
Inhibitory monoaminooksydazy (MAOI)	Moklobemid	300-600 mg/d
Leki działające głównie na przekąźnictwo noradrenergiczne	Mianseryna	60-90 mg/d 30 mg/d na noc przy skojarzeniu z innym lekiem w leczeniu depresji z zaburzeniami snu

	Reboksetyna	4-8 mg/d, max 12 mg/d
Leki działające głównie na przekąźnictwo serotoninericzne	Trazodon	150-300 mg/d 75-100 mg/d – jako lek pomocniczy w depresjach z zaburzeniami snu
Leki o podwójnym działaniu	Wenlafaksyna	75-150 mg/d – w depresjach lekkich i umiarkowanych ≥225 mg/d – w depresjach ciężkich i lekoopornych
	Milnacipram	100-200 mg/d w dwóch dawkach
	Duloksetyna	60-120 mg/d w pojedynczej dawce
	Mirtazapina	15-45 mg/d w pojedynczej dawce na noc
Leki działające głównie na przekąźnictwo dopaminergiczne	Bupropion	150-450 mg/d
Leki działające poprzez inny mechanizm	Tianeptyna	37,5 mg/d (3x12,5 mg lub 25 i 12,5 mg)
	Agomelatyna	25 mg/d na noc; można zwiększyć do 50 mg/d
Leki normotymiczne		
Leki normotymiczne I generacji	Sole litu	Do osiągnięcia stężenia w surowicy krwi 0,5-0,8 mmol/l (w profilaktyce) lub 0,8-1,2 mmol/l (w leczeniu manii)
	Walproinian	Do osiągnięcia stężenia w surowicy krwi 50-100 mcg/ml
	Karbamazepina	Do osiągnięcia stężenia w surowicy krwi 4-8 mcg/ml
Leki normotymiczne II generacji	Klozapina	-
	Olanzapina	-
	Kwetiapina	-
	Aripiprazol	-
	Risperidon	-
	Ziprasidon	-
	Lamotrygina	-

W przypadku depresji psychotycznej leczeniem z wyboru jest połączenie LPD z klasycznym lub atypowym lekiem przeciwpsychotycznym, w niższych dawkach niż w schizofrenii. Leczeniem I linii mogą również być EW.

W depresji atypowej jako leki pierwszego wyboru rekomendowane są SSRI, moklobemid oraz bupropion. W podtypie – depresji sezonowej, należy rozpocząć od fototerapii.

W depresji z towarzyszącym lękiem, agitacją lub bezsennością można stosować połączenie LPD z lekami benzodiazepinowymi (do 4 tygodni, ze względu na ryzyko uzależnienia).

W dystymii, tj. przewlekłym (>2 lat) stanie depresyjnym, nieosiągającym zazwyczaj dużego nasilenia, wykazano skuteczność LPD oraz sulpirydu i amisulpirydu stosowanych w małych dawkach. Postępowaniem wspomagającym oraz drugiej linii jest psychoterapia (krótkoterminowa psychoterapia poznawczo-behawioralna lub interpersonalna).

Monitorowanie wyników i tolerancji leczenia powinno się odbywać co 1-2 tygodnie w początkowym okresie, później co 2-6 tygodni, w zależności od postępów.

Ostra faza leczenia, do osiągnięcia remisji objawowej, trwa ok. 8-12 tygodni; potem należy kontynuować leczenie przez kolejnych 6-9 miesięcy, a w przypadku ciężkich i długotrwałych epizodów nawet dłużej. Utrzymywanie się remisji po tym okresie pozwala na stopniową redukcję dawki leku aż do wycofania (w okresie 4-6 miesięcy). W przypadku, gdy poprzedni epizod miał miejsce w okresie 5 lat przed obecnym, lub gdy napotkano na trudności w uzyskaniu remisji, zaleca się kontynuowanie leczenia przez co najmniej 3 lata. Leczenia przez 5-10 lat wymagają chorzy, u których w następstwie 2 lub 3 prób zakończenia terapii nastąpił w ciągu roku nawrót depresji.

W okresie odstawiania leku, a także kilka miesięcy po zaprzestaniu leczenia, zaleca się częste wizyty kontrolne, ponieważ jest to okres zwiększonego ryzyka nawrotu.

Depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD)

Farmakoterapia depresji w przebiegu CHAD pozostaje przedmiotem kontrowersji; brak jednoznacznych zleceń. Stosuje się:

- Leki przeciwdepresyjne – u chorych z wyraźną przewagą faz depresyjnych, bez zmiany fazy po LPD w przeszłości, można rozważyć długoterminowe podawanie LPD w monoterapii (SSRI, moklobemid lub bupropion), jednak rekomendowana jest terapia kombinowana z LNT I lub II generacji;
- Leki normotymiczne I generacji
 - sole litu – w połączeniu z LPD lub lamotryginą, rzadziej w monoterapii,
 - walproinian – w monoterapii, w połączeniu z SSRI lub drugim LNT,
 - karbamazepina – w połączeniu z innym LNT lub z LPD;
- Lamotryginę – w monoterapii lub w połączeniu z węglanem litu;
- Leki przeciwpsychotyczne II generacji – kwetiapina w dawce 300 i 600 mg/dobę, olanzapina, olanzapina + fluoksetyna.

W głębokich stanach depresyjnych z objawami psychotycznymi, tendencjami samobójczymi, wyniszczeniem lub przy lekooporności, leczeniem z wyboru powinny być EW.

Oprócz leczenia farmakologicznego, na każdym etapie choroby rekomenduje się oddziaływania psychoterapeutyczne, psychoedukację i terapię rodzin.

Ze względu na częstą u pacjentów z depresją w przebiegu CHAD subkliniczną niedoczynność tarczycy, zaleca się monitorowanie funkcji tego gruczołu.

Depresja lekooporna

W przypadku braku skuteczności optymalizacji dawki stosowanego LPD, kolejnym krokiem jest:

- zmiana LPD na inny,
- dołączenie drugiego LPD,
- potencjalizacja LPD za pomocą innej substancji, niebędącej LPD:
 - sole litu,
 - trijodotyronina w dawce 25-50 mcg w połączeniu z TLPD i SSRI,
 - LPIIG – np. aripiprazol w dawce 5-20 mg/d do SSRI lub wenlafaksyna oraz połączenie olanzapiny i fluoksetyny;
 - leki dopaminergiczne (amantadyna, pramipeksol);
 - leki przeciwdrgawkowe (lamotrygina, karbamazepina);
 - tryptofan w dawce 6-9 g/d (do TLPD);
 - cynk w dawce 25 mg/d;
 - inne (tyrosyna, buspiron, leki psychostymulujące, pindolol, DHEA, estrogeny, kwas foliowy, kobalamina).

Na każdym etapie leczenia należy brać pod uwagę możliwość zastosowania EW, a w dalszych krokach także: przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, stymulacji nerwu błędnego, głębokiej stymulacji mózgu.

Depresja u osób w podeszłym wieku

Przy planowaniu leczenia depresji u osób starszych należy mieć na uwadze: problemy medyczne (np.: choroby współistniejące i stosowane leki, zmiany inwolucyjne wpływające na farmakokinetykę leków), psychiczne, deficyty w zakresie narządów zmysłów i sytuację społeczną. Preferowane są zatem leki nowej generacji (SSRI i SNRI), a terapię zaczyna się od niższych (zwykle o 50%) dawek.

W depresji jednobiegunowej, bez objawów psychotycznych, leczenie powinno być prowadzone przy użyciu SSRI lub wenlafaksyny w połączeniu z psychoterapią.

W przypadku depresji psychotycznej zaleca się łączenie LPD z atypowym lekiem przeciwpsychotycznym. Leczeniem pierwszej linii mogą też być EW.

Leczenie łagodnych, przewlekłych stanów depresyjnych (dystymia) powinno być prowadzone z użyciem leku SSRI (zwłaszcza citalopram, sertralina, paroksetyna; w długiej kolejności – fluoksetyna) i psychoterapii (poznawczo-behawioralnej, wspierającej i interpersonalnej).

Mania i hipomania

U wielu chorych w stanie maniakalnym leczenie ambulatoryjne nie jest możliwe ze względu na brak współpracy, która wynika z braku świadomości choroby. Tacy chorzy wymagają hospitalizacji. Zespół hipomaniakalny zazwyczaj leczony jest w warunkach ambulatoryjnych.

W farmakoterapii stosowane są następujące grupy leków:

- Leki normotymiczne I generacji (lit, walproinian, karbamazepina),
- Klasyczne leki przeciwpsychotyczne (haloperydol w iniekcjach o krótkotrwałym działaniu, zuklopentiksol w iniekcjach o działaniu 48h; tylko wstępne leczenie);
- Leki przeciwpsychotyczne II generacji (w dużych dawkach, a w stanach ciężkich – w skojarzeniu z klasycznymi LNT; w ostateczności kłozapina w monoterapii lub skojarzona z litem).

Algorytm stosowania leków przedstawiono w poniższej tabeli. W przypadku hipomanii zazwyczaj wystarcza monoterapia klasycznym LNT w dawkach pozwalających na uzyskanie górnego poziomu okna terapeutycznego.

Tabela 8. Postępowanie farmakologiczne w zespołach maniakalnych

	Zespół maniakalny o umiarkowanym nasileniu	Zespół maniakalny o znacznym nasileniu (z silnym pobudzeniem i/lub objawami psychotycznymi)
Postępowanie początkowe	<u>Monoterapia:</u> - lit (0,8-1,0 mmol/l) - karbamazepina (8-10 mg/l) - walproinian (80-100 mg/l) - olanzapina - kwetiapina - aripiprazol	<u>Odmowa leczenia doustnego:</u> - haloperydol (do 15 mg/d) - Clopixol-acuphase - olanzapina – iniekcje - aripiprazol – iniekcje <u>Przy akceptacji leczenia doustnego: leczenie skojarzone</u> - lit/walproinian + atypowy lek przeciwpsychotyczny (olanzapina, kwetiapina, risperidon, aripiprazol)
Postępowanie w razie braku poprawy po 4-8 tygodniach	<u>Leczenie skojarzone</u> – klasyczny lek normotymiczny (lit/walproinian) + atypowy lek przeciwpsychotyczny (olanzapina, kwetiapina, risperidon, aripiprazol)	Kłozapina jako monoterapia lub w skojarzeniu z klasycznym lekiem normotymicznym (lit/walproinian) Elektrowstrząsy
Postępowanie długoterminowe	Leczenie profilaktyczne za pomocą 1-2 leków normotymicznych	Leczenie profilaktyczne za pomocą 1-2 leków normotymicznych

Przyjęty schemat leczenia należy kontynuować przez okres 8-12 tygodni, a następnie kontynuować farmakologiczną profilaktykę za pomocą 1 lub 2 leków normotymicznych I i II generacji.

Stany mieszane maniakalne i depresyjne

Stany mieszane maniakalne i depresyjne, oprócz farmakoterapii, wymagają ścisłego monitorowania (duże ryzyko samobójstw) oraz psychoedukacji i psychoterapii podtrzymującej.

Algorytm postępowania terapeutycznego przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 9. Postępowanie farmakologiczne w stanach mieszanych maniakalnych i depresyjnych

	Stan mieszany maniakalny	Stan mieszany depresyjny
Poziom I	Walproinian Olanzapina	Dodanie leku normotymicznego do stosowanego leku (-ów) przeciwdepresyjnych
Poziom II	Leczenie skojarzone Olanzapina + walproinian / lamotrigina	Lek przeciwdepresyjny (tyko II generacji) + dwa leki normotymiczne (lamotrigina, lit, karbamazepina, walproinian)
Poziom III	Kłozapina w monoterapii lub w skojarzeniu z lekiem normotymicznym (lit, walproinian, lamotrigina) Elektrowstrząsy	Dodanie atypowego leku przeciwpsychotycznego (kwetiapina, aripiprazol) Elektrowstrząsy

CHAD z szybką zmianą faz

Kolejność postępowania farmakologicznego w CHAD z szybką zmianą faz przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 10. Postępowanie farmakologiczne w CHAD z szybką zmianą faz

	CHAD typu I	Chad typu II
Poziom I	Lit + karbamazepina Lit + walproinian	Lamotrigina, lit Walproinian
Poziom II	Leczenie skojarzone inne niż w poziomie I	Lamotrigina + lit Lamotrigina + walproinian Lit + karbamazepina
Poziom III	Dodanie do leczenia skojarzonego LPIIG (olanzapina, risperidon, kwetiapina, aripiprazol) Klozapina	Dodanie do leczenia skojarzonego LPIIG (olanzapina, risperidon, kwetiapina, aripiprazol)

Przed rozpoczęciem leczenia celowe jest badanie funkcji tarczycy oraz przeciwciał przeciwtarczycowych i ewentualne podjęcie leczenia substytucyjnego.

Ocena skuteczności leczenia powinna być dokonywana co 3-6 miesięcy.

W przebiegu leczenia należy pamiętać o właściwej psychoedukacji i psychoterapii podtrzymującej.

Profilaktyka nawrotów choroby afektywnej dwubiegunowej

W związku z wysoce nawrotowym przebiegiem choroby najlepszą strategią terapeutyczną jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie postępowania zmierzającego do zapobiegania nawrotom w postaci odpowiedniej farmakoterapii wspomaganej oddziaływaniem psychoterapeutycznym.

Głównymi lekami stosowanymi w profilaktyce są leki normotymiczne w monoterapii lub skojarzeniu. Wybór odpowiedniego schematu zależy od postaci choroby oraz takich czynników jak: zachowania samobójcze, zmiany strukturalne mózgu, stany mieszane, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przyrost masy ciała.

Tabela 11. Leki zalecane w postępowaniu profilaktycznym w CHAD typu I i II

Typ choroby	Monoterapia	Leczenie skojarzone
CHAD typ I		
Klasyczny	Lit	+ Karbamazepina/walproinian lub + LPIIG lub + lamotrigina
Z dominującą manią	Olanzapina	+ lek normotymiczny I generacji
Z dominującą depresją	Lamotrigina lub kwetiapina	+ lek normotymiczny I generacji (głównie lit) lub lamotrigina + kwetiapina
Atypowy	Karbamazepina/walproinian	+ lit lub + LPIIG
Z szybką zmianą faz	-	Lit + karbamazepina/walproinian + lek normotymiczny II generacji
Lekooporny	Klozapina	+ lek normotymiczny I generacji
CHAD typ II		
Klasyczny	Lit	+ karbamazepina/walproinian
Atypowy	Karbamazepina/walproinian	+ lit
Z szybką zmianą faz	Lamotrigina	+ lek normotymiczny I generacji (głównie lit) + lek przeciwpsychotyczny II generacji

3. Otępienia [15]

Otępienie jest rozpoznaniem klinicznym. Proces diagnostyczny powinien być przeprowadzony przez zespół składający się z lekarza rodzinnego, neurologa, psychiatry oraz psychologa i obejmować:

- badanie internistyczne (ocena stanu somatycznego, stanu odżywienia, podstawowych parametrów życiowych),
- badanie neurologiczne (ocena uszkodzeń OUN),
- badania laboratoryjne (w celu wykluczenia innych schorzeń – anemii, zakażenia, cukrzycy, chorób nerek i wątroby, niedobory witamin B12 i kwasu foliowego, chorób tarczycy, padaczki i innych chorób mózgu)
- badanie psychiatryczne i psychologiczne (w celu wykluczenia innych schorzeń psychiatrycznych – lękowych, depresji i in.)

Podstawowymi lekami stosowanymi w otępieniach są leki prokognitywne. Często konieczne jest także leczenie przeciwdepresyjne, leczenie objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania, leczenie zaburzeń świadomości.

Tabela 12. Leki prokognitywne stosowane w otępieniu

Inhibitory cholinesterazy	<p>Donepezil – dawka początkowa 5mg (w jednej dawce na noc), po miesiącu zwiększyć do 10 mg/d i stosować długoterminowo pod warunkiem dobrej tolerancji (w razie działań niepożądanych – zmniejszyć z powrotem do 5 mg/d)</p> <p>Riwastigmina – dawka początkowa 3 mg/d (doustnie, w dwóch dawkach podzielonych), następnie w interwałach miesięcznych zwiększać do maksymalnej tolerowanych, tj. 6-12 mg/d; można dawkę dzienną rozkładać na 3, także nierówne (w okresie dostosowawczym) dawki podzielone; dostępna także w systemie transdermalnym</p> <p>Galantamina – podaje się w dwóch równych dawkach, rozpoczynając od dobowej dawki 8 mg, którą należy stopniowo zwiększać do maksymalnie tolerowanej (12-24 mg/d), przestrzegając co najmniej miesięcznych interwałów</p>
Memantyna – dawka początkowa 5 mg/d, potem zwiększanie, w co najmniej tygodniowych odstępach, do maksymalnej zalecanej – 20 mg/d podawanej w dwóch równych dawkach; minimalna skuteczna dawka – 10 mg/d;	
Inhibitory cholinesterazy + memantyna	

W przebiegu choroby Alzheimerera (AD), choremu z łagodnie lub umiarkowanie nasilonym otępieniem należy zaproponować leczenie inhibitorem cholinesterazy jako lekiem pierwszego wyboru. Terapię należy stale kontrolować pod kątem bezpieczeństwa i tolerancji, a u chorych z ryzykiem kardiologicznym wykonać EKG po miesiącu stosowania i za każdym razem, jeśli pojawią się niepokojące objawy. W przypadku przeciwwskazań do stosowania inhibitorów cholinesterazy lekiem z wyboru może być memantyna.

U chorych z umiarkowanie i znacznie nasilonym otępieniem w AD (i otępieniem mieszanym) można rozważyć włączenie memantyny jako leku pierwszego wyboru, a opcjonalnie terapii kombinowanej memantyna + inhibitor cholinesterazy.

Chorym z otępieniem z ciałami Lewy'ego lub otępieniem w chorobie Parkinsona należy zaproponować inhibitor cholinesterazy (riwastigmina, ewentualnie donepezil).

W przypadku otępienia naczyniopochodnego podstawowe znaczenie ma farmakologiczna (statyny, leki obniżające ciśnienie krwi, leki przeciwcukrzycowe, aspiryna, tiklopidyna, pochodne warfaryny) i pozafarmakologiczna (dieta, aktywność fizyczna) wtórna profilaktyka. Opcjonalnie stosowane są leki o działaniu wazodylatacyjnym (głównie nicergolina, nimodipina). Jako opcję terapeutyczną, u chorych z mieszanym podłożem zaburzeń, można zastosować także inhibitory cholinesterazy i memantynę.

W odniesieniu do grupy otępień w przebiegu różnych chorób neurozwyrodnieniowych, takich jak: otępienie czołowo-skroniowe, otępienie w chorobie Huntington, otępienie w przebiegu ataksji rdzeniowo-mózdkowych, otępienie w chorobie Steele-Richardsona-Olszewskiego, otępienie w zwyrodnieniu korowo-podstawnym, otępienia w przebiegu choroby Creutzfeldta-Jakoba i innych chorób prionowych, otępienie w przebiegu choroby neuronu ruchowego, otępienie w przebiegu stwardnienia rozsianego, padaczki i innych rzadszych chorób OUN nie opracowano dotąd żadnych metod farmakologicznego leczenia deficytów w zakresie funkcji poznawczych.

Do standardowych działań nefarmakologicznych w otępieniach należą: trening orientacji w rzeczywistości, terapia walidacyjna, terapia reminiscencyjna. Do działań alternatywnych należą: muzykoterapia, terapia sztuką, terapia aktywnością. W zależności od stanu chorego i nasilenia otępienia wymienione działania można uzupełnić innymi metodami wpływającymi na stan psychiczny chorych: aromaterapię, fototerapię, oddziaływania wielozmysłowe. W zmniejszaniu obciążenia opieką przez opiekunów efektywne są metody psychoterapeutyczne, takie jak terapia poznawczo-behawioralna i interpersonalna.

4. Zaburzenia lękowe [15]

Najczęściej stosowane leki uspokajające zebrano w poniższej tabeli.

Tabela 13. Leki uspokajające

Grupa leków	Lek	Dawkowanie dobowe	Dawki równoważne
Benzodiazepiny	Diazepam	2-30	10
	Chlordiazepoksyd	5-60	25
	Klonazepam	2-40	0,5-1
	Klorazepat	5-60	15
	Lorazepam	1-10	1-2
	Oksazepam	10-60	30
	Temazepam	10-30	15
	Alprazolam	0,5-4	1
	Estazolam	2-4	1
	Triazolam	0,125-0,5	0,125
Hydroksyzyna	25-100 mg/d		
Buspiron	15-60 mg/d, począwszy od 5 mg 2x na dobę i zwiększając w ciągu tygodnia		
B-blokery (propranolol, atenolol), klonidyna jako leczenie uzupełniające przy nasilonych somatycznych objawach lęku wywołanych nadczynnością układu współczulnego			

Zaburzenia lękowe z napadami lęku (PD, *panic disorder*)

Leczenie PD obejmuje zarówno psychoterapię i psychoedukację, jak i farmakoterapię.

Większość pacjentów powinna być leczona ambulatoryjnie, jednak w uzasadnionych przypadkach może zachodzić konieczność hospitalizacji.

Psychoterapią z wyboru w PD jest terapia poznawczo-behawioralna (klasyczny protokół obejmuje 12-15 sesji). W wielu przypadkach jednak, jeśli uzasadnione jest to diagnozą psychoterapeutyczną, stosuje się terapię psychodynamiczną oraz terapię interpersonalną lub włącza się elementy tych podejść w proces psychoterapii.

W farmakoterapii PD zastosowanie mają SSRI, TLPD, benzodiazepiny, MAOI i SNRI. Algorytm wyboru leków przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14. Postępowanie farmakologiczne w PD

Kolejność wyboru	Leki
Poziom I	SSRI (zaczynając od dawek o połowę niższych niż przy depresji powoli zwiększając), a zwłaszcza: Sertralina (do 50 mg/d) Paroksetyna (40 mg/d) Escitalopram (20 mg/d) Benzodiazepiny (alprazolam lub klonazepam) – mogą być dołączone w pierwszym okresie, max 4 tygodnie
Poziom II	Wenlafaksyna o przedłużonym działaniu (37,5-225 mg/d; stopniowe dochodzenie do dawki)

Poziom III	TLPD Klomipramina (150-200 mg/d lub mniejsza) Imipramina
Poziom IV	Moklobemid

Optimalny czas trwania leczenia nie jest ustalony. Badania kliniczne pokazują, że farmakoterapia powinna trwać co najmniej 8 miesięcy, a wielu autorów sugeruje kontynuację co najmniej 24 miesiące.

Zaburzenia lękowe uogólnione (GAD, *generalized anxiety disorder*)

W leczeniu GAD znajdują zastosowanie trzy metody psychoterapeutyczne: psychoterapia, farmakoterapia i samopomoc (jako biblioterapia).

Najczęściej stosowane metody psychoterapeutyczne to poznawczo-behawioralna lub behawioralna. Terapia obejmuje 8-10 sesji jedno- lub dwugodzinnych, prowadzonych zwykle raz w tygodniu.

W farmakoterapii GAD zastosowanie mają benzodiazepiny, hydroksyzyna, TLPD, SSRI i SNRI. Algorytm wyboru leków przedstawia poniższa tabela.

Tabela 15. Postępowanie farmakologiczne w GAD

Kolejność wyboru	Leki
Poziom I	SSRI (zaczynać od małych dawek i powoli zwiększać): Escitalopram (10-20 mg/d) Paroksetyna (począwszy od 10 mg/d, potem 20-40 mg/d) Sertralina (do 50-150 mg/d) Czas leczenia – co najmniej rok, chyba że brak poprawy po 8-12 tygodniach >> zmiana leczenia
Poziom II	NSRI Wenlafaksyna (75-225 mg/d) Duloksetyna (60-120 mg/d, począwszy od dawki 20-30 mg/d raz dziennie)
Poziom III	TLPD Imipramina Klomipramina (150-200 mg/d lub mniejsza) Doksepina
Poziom IV	Pregabalina (300-450 mg/d)

Do krótkoterminowego (do 4-6 tygodni) stosowania nadają się także benzodiazepiny lub hydroksyzyna (50 mg/d). Jako lek II linii, a także w celu potencjalizacji SSRI wobec zespołów depresyjnych, może być stosowany także buspiron (do 30 mg/d); terapia nim trwa ponad 6 miesięcy, a często ponad 1 rok.

Fobie społeczne (SP, *social phobia*)

Trzy zasadnicze metody terapeutyczne stosowane w fobiach to psychoterapia, samopomoc (w tym biblioterapia) i farmakoterapia.

Najczęściej zalecanymi metodami psychoterapii są: trening umiejętności społecznych, terapia ekspozycyjna, trening relaksacyjny, terapia poznawcza i poznawczo-behawioralna.

W farmakoterapii SP zastosowanie mają benzodiazepiny, SSRI, wenlafaksyna, MAOI. Algorytm wyboru leków przedstawia poniższa tabela.

Tabela 16. Postępowanie farmakologiczne w SP

Kolejność wyboru	Leki
Poziom I	SSRI (w dawkach jak w depresji; leczenie min. 1 rok) Paroksetyna Escitalopram Sertralina Fluwoksamina W przypadku nieskuteczności jednego, można zmienić na inny; przy częściowej poprawie możliwa potencjalizacja np. buspironem lub LPIIG czy LNT
Poziom II	Wenlafaksyna (75-225 mg/d)

Poziom III	MAOI Fenelzyna Moklobemid (300-900 mg/d)
Poziom IV	Benzodiazepiny Klonazepam

Zaburzenia stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*)

Ze względu na znaczną współchorobowość terapia PTSD, oprócz redukcji lub wyeliminowania objawów, zapobiegania nawrotom i poprawy funkcjonowania, powinna mieć na celu także leczenie lub zapobieganie wystąpieniu innego zaburzenia. Terapia obejmuje oddziaływania farmakologiczne, psychoterapeutyczne i psychoedukacyjne, często w kombinacji.

Wśród metod psychoterapii najczęściej zalecane są: terapia poznawczo-bezhawioralna w różnych odmianach (zwł. zogniskowana na traumie), terapia psychodynamiczna, hipnoterapia. Terapia poznawczo-behawioralna zogniskowana na traumie stosowana jest po miesiącu trwania zaburzenia lub wcześniej, obejmuje 8-15 sesji przeprowadzanych raz w tygodniu.

Farmakoterapia jest stosowana na każdym etapie zaburzenia, samodzielnie lub z psychoterapią. Algorytm wyboru leków przedstawia poniższa tabela.

Tabela 17. Postępowanie farmakologiczne w PTSD

Kolejność wyboru	Leki
Poziom I	SSRI (w dawkach jak w depresji lub wyższych, zaczynając jednak od małych) Fluoksetyna Sertralina Paroksetyna
Poziom II	Wenlafaksyna
Poziom III	TLPD Amitriptylina (150-250 mg/d) Imipramina (dawka śr.225/d) Klomipramina
Poziom IV	Mirtazapina Moklobemid

Farmakoterapia musi uwzględniać obecność innego zaburzenia psychicznego, które może stać się wiodącym celem leczenia (w przypadku zaburzenia psychotycznego, ciężkiej depresji, uzależnienia od substancji psychoaktywnych).

Regułą jest monoterapia, choć na dalszych etapach można stosować potencjalizację innym lekiem przeciwdepresyjnym, przeciwpowrotowym, stabilizatorem nastroju, buspironem, przeciwdrenergicznym.

Leczenie farmakologiczne PTSD powinno trwać przynajmniej rok.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD, *obsessive-compulsive disorder*)

Działania lecznicze w OCD zawsze powinny obejmować farmakoterapię i psychoterapię. Pacjent może potrzebować częściowej hospitalizacji na oddziale dziennym, jeśli istnieje potrzeba codziennej psychoterapii, monitorowania zachowania lub leczenia pacjenta albo potrzeba codziennego wsparcia lub innych psychosocjalnych interwencji.

Poza stanami uwarunkowanymi uszkodzeniem OUN, pierwszym wyborem powinna być psychoterapia – terapia poznawczo-behawioralna lub techniki ekspozycji powstrzymywania terapii (ERP, exposure and response prevention), w wymiarze kilkunastu 20 sesji, prowadzonych w odstępach tygodniowych lub codziennie przez 3 tygodnie. Jeśli nastąpi poprawa, sesje kontynuuje się przez 3-6 miesięcy po stanie ostrym.

W uzasadnionych przypadkach leczeniem I linii jest farmakoterapia SSRI (fluwoksamina 300 mg/d, fluoksetyna 80 mg/d, paroksetyna 60 mg/d, sertralina 200-250 mg/d, citalopram 20-70 mg/d, escitalopram 20-60 mg/d; dla dzieci fluwoksamina lub sertralina w dawkach takich samych, ograniczonych tylko tolerancją) lub farmakoterapia i psychoterapia. Jeśli nastąpi istotna poprawa, leczenie należy kontynuować przez 1-2 lata. Jeśli pacjent uzyskał tylko umiarkowaną poprawę to możliwa jest potencjalizacja jednym z LPIIG w małych dawkach (risperidon, olanzapina, kwetiapina, ziprasidon, aripiprazol) lub dodanie terapii poznawczo-behawioralnej, jeśli wcześniej stosowano tylko ERP. W przypadku małej poprawy lub jej braku zaleca się zmianę leku na inny z grupy SSRI (zmiana możliwa więcej niż raz) lub zmianę na klomipraminę (250-300 mg/d), lub potencjalizację jednym z LPIIG, lub też zmianę na wenlafaksynę lub mirtazapinę. Jeśli wyżej opisane postępowanie przyniosło tylko umiarkowaną lub małą poprawę, to można: zmienić potencjalizację LPIIG na potencjalizację innym lekiem z tej grupy, dokonać zmiany na inny lek SSRI lub klomipraminę, rozpocząć potencjalizację klomipraminą (w dawce 150 mg/d), rozpocząć potencjalizację buspironem, pindolem, inozytolem, topiramatem. W przypadku małej poprawy lub jej braku można także zmienić terapię na monoterapię tramadolem lub ondansetronem.

U pacjentów z opornym na leczenie OCD dopuszcza się stosowanie innych LPD: TLPD innych niż klomipramina, trazodonu, wenlafaksyny i mirtazapiny, a także LPIIG w monoterapii i jako potencjalizacja (haloperydol, risperidon, olanzapina, kwetiapina, ziprasidon, aripiprazol), ewentualnie innych. Można także zastosować inne metody biologicznego leczenia: głęboką stymulację mózgu, zabiegi neurochirurgiczne, przeczaszkową stymulację magnetyczną i elektroterapię (EW).

Algorytm leczenia pacjentów z OCD i innymi współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 18. Algorytm leczenia OCD i współistniejących zaburzeń psychicznych

Współwystępujące zaburzenia	Leczenie
OCD + depresja lub OCD + zaburzenia lękowe lub OCD + dysmorfobia	Podobnie jak samo OCD
OCD + zaburzenia odżywiania	Program leczenia zaburzeń odżywiania + terapia poznawczo-behawioralna Ewentualnie farmakoterapia typowa dla OCD, gdy BMI > 15 i brak istotnych powikłań somatycznych zaburzeń odżywiania
OCD + uzależnienie	Podobnie jak OCD + program dla uzależnionych (w placówce psychiatrycznej)
OCD + tiki	Terapia poznawczo-behawioralna + tyko risperidon, pimozyd, haloperydol SSRI + leki przeciwpachotyczne (dawki SSRI mniejsze niż w samym OCD) SSRI + klonidyna
OCD + schizofrenia	SSRI + LPIIG lub tylko LPIIG (risperidon, olanzapina, kłozapina) + terapia poznawczo-behawioralna
OCD + CHAD	SSRI lub klomipramina + leki normotymiczne

5. Zaburzenia odżywiania [15]

Leczenie zaburzeń odżywiania powinno być kompleksowe i obejmować aspekty somatyczne, psychiatryczne i psychologiczne choroby. Na podstawie przeprowadzonego badania przedmiotowego i stwierdzenia obecności objawów somatycznych, behawioralnych i psychiatrycznych oraz badań laboratoryjnych, lekarz podejmuje decyzję o konieczności hospitalizacji chorego lub leczeniu ambulatoryjnym. W przypadku bardzo nasilonych objawów somatycznych konieczna jest hospitalizacja na oddziale pediatrycznym, internistycznym lub OIOM, a następnie, po uzyskaniu poprawy, wskazane jest dalsze leczenie na oddziale psychiatrycznym.

Jadłowstręt psychiczny

Podstawą leczenia jadłowstrętu psychicznego jest normalizacja stanu somatycznego, edukacja (w tym konsultacja dietetyczna), psychoterapia i ewentualnie farmakoterapia.

Psychoterapia obejmuje głównie terapię poznawczo-behawioralną w wymiarze od kilkunastu do 20 sesji w ciągu 4-6 miesięcy. Skuteczne mogą być też: kognitywna analityczna terapia, terapia

interpersonalna, terapia zogniskowana psychodynamiczna i terapia lub interwencja rodzinna (ostatnia zawsze w przypadku dzieci młodzieży).

W ramach farmakoterapii można stosować SSRI, a zwłaszcza fluoksetynę (20-60 mg/d), a także LPIIG (olanzapina). Przydatne mogą być krótko stosowane benzodiazepiny o dłuższym czasie działania (w małych dawkach) lub małe dawki mianseryny (10-30 mg). W przypadku częstych zaburzeń współistniejących stosuje się także inne, odpowiednie leki psychotropowe.

Tabela 19. Terapia jadłowstrętu psychicznego z zaburzeniami współistniejącymi

Współwystępujące zaburzenia*	Leczenie
Duża depresja + jadłowstręt psychiczny	Leki przeciwdepresyjne: SSRI (fluoksetyna) Mianseryna SNRI Ostrożnie trójcykliczne leki przeciwdepresyjne!
Choroba afektywna dwubiegunowa + jadłowstręt psychiczny	Leki normotymiczne: Kwas walproinowy i jego pochodne Karbamazepina Topiramát
Jadłowstręt psychiczny + zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub inne zaburzenia lękowe	Terapia poznawczo-behawioralna Doraźnie benzodiazepina SSRI w dawkach jak w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych
Jadłowstręt psychiczny + schizofrenia	Leki przeciwpsychotyczne II generacji (olanzapina)

*- wymienione zalecenia obowiązują, gdy BMI>15, bezpieczny stan somatyczny, konieczna kontrola przeczyszczania się i odwadniania, stałe monitorowanie stanu somatycznego

Bulimia psychiczna

Leczenie bulimii psychicznej obejmuje psychoedukację, psychoterapię, farmakoterapię i leczenie stanu somatycznego w razie takich potrzeb.

Psychoterapia jest leczeniem pierwszego wyboru, zwłaszcza terapia poznawczo-behawioralna, w wymiarze co najmniej kilkunastu do 20 indywidualnych sesji prowadzonych w ciągu 4-6 miesięcy. Korzystne wyniki przynosi także psychoterapia interpersonalna trwająca 8-12 miesięcy lub psychoterapia grupowa.

Leczenie farmakologiczne zalecane jest w przypadku współistniejących zaburzeń psychicznych, braku dostępu, odmowy lub małej skuteczności psychoterapii. Zastosowanie mają leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza SSRI (szczególnie fluoksetyna w dawce 60-80 mg/d), w wysokich dawkach, ale począwszy od małych.

Propozycje leczenia bulimii psychicznej i niektórych współistniejących zaburzeń przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 20. Terapia bulimii psychicznej z zaburzeniami współistniejącymi

Współwystępujące zaburzenia	Leczenie
Duża depresja + bulimia psychiczna	Leki przeciwdepresyjne: SSRI (fluoksetyna w dużych dawkach 60-80 mg/d) Inne nowe leki przeciwdepresyjne: Reboksetyna, wenlafaksyna Inne
Choroba afektywna dwubiegunowa + bulimia psychiczna	Leki normotymiczne: Kwas walproinowy i jego pochodne Karbamazepina

	Topiramát
Bulimia psychiczna + agresja, autoagresja, zaburzenia kontroli impulsów	Kwas walproinowy i jego pochodne Topiramát Niskie dawki leków przeciwpsychotycznych II generacji nie zwiększających łaknienia i masy ciała
Bulimia psychiczna + uzależnienie od substancji psychoaktywnych	Program dla uzależnionych + terapia poznawczo-behawioralna

6. Terapia zaburzeń preferencji seksualnych [16]

Dewiacja seksualna (parafilia) jest to stan erotoseksualnej, powtarzającej się reaktywności lub obsesyjnej zależności od niezwykłego, nieakceptowanego bodźca zmysłowego lub istniejącego w fantazji, niezbędnego do uzyskania lub podtrzymania podniecenia seksualnego i/lub orgazmu. Zgodnie z kryteriami zawartymi w ICD-10, aby postawić pewne rozpoznanie zaburzeń preferencji seksualnych muszą być spełnione następujące warunki: 1. Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań, 2. Osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie, 3. Opisana preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy. Rozpowszechnienie parafilii trudno jest oszacować.

W chwili obecnej w literaturze przeważa pogląd, zgodnie z którym diagnostyka i terapia zaburzeń seksualnych wymaga interdyscyplinarnych oddziaływań, połączenia farmakoterapii z psychoterapią i edukacją. Najczęściej wybieraną metodę leczenia stanowi farmakoterapia. Wynika to z faktu łatwości jej stosowania oraz dość szybkiego uzyskiwania poprawy. Jednak efekty leczenia farmakologicznego są często doraźne i krótkotrwałe. Nie sięgają bowiem do psychologicznych przyczyn dysfunkcji. Farmakoterapia obniża popęd seksualny, ale pozostaje bez wpływu na obsesyjne preferencje. Szacuje się, iż 50% leczonych farmakologicznie parafilików porzuca leczenie, a 15% ma perwersyjne zachowania w czasie, gdy przyjmują leki. Wydaje się więc, że jedynie współoddziaływanie leczenia farmakologicznego i psychoterapii pozwala na osiąganie długotrwałych efektów. Psychoterapia stosowana jest w większości programów terapeutycznych, niezależnie od tego, jaką rolę przypisuje się czynnikom biologicznym i psychologicznym w powstawaniu zaburzenia.

Wybór ścieżki terapeutycznej zależy od: medycznej historii pacjenta, poczynionych obserwacji dotyczących pacjenta, intensywności fantazji parafilijnych i ryzyka wystąpienia przemocy seksualnej.

Leczenie biologiczne zaburzeń preferencji seksualnej opiera się przede wszystkim na stosowaniu preparatów, które obniżają poziom testosteronu w surowicy. Obecnie stosowane są na świecie trzy grupy leków w biologicznej terapii parafilii: antyandrogeny, leki hormonalne oraz inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Ich skuteczność zależy w dużej mierze od regularności przyjmowania. Przerwanie terapii farmakologicznej oznacza również przerwanie działania leków.

W każdym przypadku konieczne jest leczenie schorzeń współistniejących. W przypadku współwystępowania innych zaburzeń psychicznych należy stosować benzodiazepiny, leki antypsychotyczne, SSRI oraz specyficzne rodzaje psychoterapii i terapii behawioralnej.

Tabela 21. Algorytm farmakoterapii w parafiliiach

Poziom I	
•Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, bez wpływu na konwencjonalną aktywność seksualną i pożądanie seksualne	•Psychoterapia (preferowana psychoterapia kognitywno – behawioralna (poziom dowodów C) ³)
Poziom II	
•Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, z minimalnym wpływem na konwencjonalną aktywność seksualną i pożądanie seksualne; •We wszystkich łagodnych przypadkach parafilii ("hands off", z niskim ryzykiem przemocy seksualnej, np.: eksh bicjonizm bez ryzyka gwałtu lub pedofilii) •Brak zadowalających wyników na poziomie 1	•SSRI: zwiększać dawkę podobnie jak w OCD (np fluoksetyna 40-60 mg/dobę lub paroksetyna 40 mg/dobę (poziom dowodów C))

³ brak poziomu dowodów dla innych form psychoterapii

Poziom III	
<ul style="list-style-type: none"> • Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, z umiarkowanym wpływem na konwencjonalną aktywność seksualną i pożądanie seksualne; • Parafilie "hands on" z bezpośrednim kontaktem, ale bez penetracji • Parafilijne fantazje seksualne bez sadyzmu • Brak zadowalających wyników na poziomie 2 po 4-6 tygodniach SSRI w wysokich dawkach 	<ul style="list-style-type: none"> • Dodać do SSRI niskie dawki anty-androgenów (np.: octan cyproteronu 50-100 mg/dobę) (poziom dowodów D)
Poziom IV	
<ul style="list-style-type: none"> • Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, ze znaczną redukcją konwencjonalnej aktywności seksualnej i pożądania seksualnego; • Średnie i wysokie ryzyko przemocy seksualnej (ciężkie parafilie z bardziej nachalnym kontaktem, z ograniczoną liczbą ofiar); • Brak fantazji i/lub zachowań sadystrycznych (jeśli występuje → poziom 5); • Pacjent współpracujący; jeśli nie: wykorzystanie leków domięśniowych lub → poziom 5; • Brak zadowalających wyników na poziomie 3; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pierwszy wybór: pełne dawki octanu cyproteronu (CPA): doustnie: 200-300 mg/dobę lub domięśniowo: 200-400 mg raz na tydzień lub co 2 tygodnie; jeśli nie jest dostępne CPA → octan medroksyprogesteronu: 50-300 mg / dzień, (poziom dowodów C); • W przypadku współistnienia niepokoju, depresji lub zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, do octanu cyproteronu można dodać leki z grupy SSRI;
Poziom V	
<ul style="list-style-type: none"> • Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, z niemal całkowitym stłumieniem popędu płciowego i aktywności seksualnej; • Wysokie ryzyko przemocy seksualnej i ciężkich parafilii; • Sadystryczne fantazje seksualne i/lub zachowania albo przemoc fizyczna; • Brak współpracy pacjenta lub brak zadowalających wyników na poziomie 4; 	<ul style="list-style-type: none"> • Długo działający agoniści GnRH, np.: tryptorelina lub octan leuprolidu 3 mg/miesiąc lub 11,25 mg domięśniowo co 3 miesiące (poziom C) • W celu prewencji efektu „flare-up” i związanego z nim ryzyka nawrotu dewiacyjnych zachowań seksualnych można podawać dodatkowo octan cyproteronu (na tydzień przed i podczas pierwszego miesiąca stosowania GnRH)
Poziom VI	
<ul style="list-style-type: none"> • Cel: kontrola fantazji parafilijnych, zachowań kompulsywnych, z całkowitym stłumieniem popędu płciowego i aktywności seksualnej; • Bardzo ciężkie parafilie (postacie katastrofalne); • Brak zadowalających wyników na poziomie 5; 	<ul style="list-style-type: none"> • Należy zastosować leczenie antyandrogenowe, np.: octanem cyproteronu (50-200 mg/dobę doustnie lub 200-400 mg raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie domięśniowo) lub octan medroksyprogesteronu (300-500 mg/tydzień i.m., jeśli CPA nie są dostępne) w uzupełnieniu do agonistów GnRH (poziom D) • Dodatkowo mogą być zastosowane leki z grupy SSRI (brak poziomu wiarygodności dowodów);

Źródło: Florence Thibaut, Flora De La Barra, Harvey Gordon, Paul Cosyns, John M. W. Bradford & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders; The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias; The World Journal of Biological Psychiatry, 2010; 11: 604–655,

Leczenie chirurgiczne może opierać się na stosowaniu zabiegów neurochirurgicznych lub kastracji. Polega na stereotaktycznym usunięciu części podwzgórza, w celu zahamowania produkcji męskich hormonów płciowych oraz zmniejszenia pobudzenia seksualnego i zachowań impulsywnych. Zabiegi obarczone są znaczną liczbą poważnych objawów ubocznych przy niskiej skuteczności w niwelowaniu zachowań parafilijnych, dlatego dyskusje ich dotyczące mają raczej kontekst historyczny. Chirurgiczna kastracja jest zabiegiem nieodwracalnym, na temat którego toczą się liczne dyskusje lekarzy, prawników i etyków. Dopuszczalna jest ona jednak w niektórych stanach w USA u recydywistów popełniających przestępstwa na tle seksualnym.

Celem psychoterapii zaburzeń seksualnych powinno być nabycie umiejętności kontrolowania zachowań seksualnych w taki sposób, aby uzyskać zaspokojenie seksualne w granicach przewidzianych przez powszechne normy. Wyróżnia się trzy podstawowe kierunki, odmiennie wyjaśniające ich etiologię oraz tłumaczące sposoby leczenia:

1. Koncepcje intrapsychiczne – reprezentowane przez przedstawicieli psychoanalizy oraz neopsychoanalizy, którzy źródła zaburzeń poszukują między innymi w osobistych wczesnodziecięcych doświadczeniach.

2. Koncepcje behawioralno-poznawcze – parafilie są wynikiem procesów uczenia się i działania bodźców pochodzących z otoczenia. Zniekształcenia poznawcze, stereotypy i przekonania dotyczące sfery życia seksualnego, to główne aspekty determinujące wzorzec zachowań sprawców, wokół

których koncentruje się praca terapeutyczna. Nie bez znaczenia jest również charakter pierwszych kontaktów seksualnych.

3. Koncepcje interakcyjne – kładą nacisk na relacje międzyludzkie.

W ramach psychoterapii indywidualnej dewiacji seksualnych najczęściej stosuje się następujące metody psychoterapeutyczne:

a) Metody psychoterapii dynamicznej (psychoanalitycznej) – wyjaśnianie przyczyn i mechanizmów zaburzenia poprzez analizę wypartych pragnień seksualnych, irracjonalnych obaw i rozwiązywanie wewnętrznych konfliktów. Terapeuta stara się dotrzeć do nieświadomych przyczyn objawów poprzez stosowanie szeregu technik: swobodnych skojarzeń, czynności pomyłkowych, analizę oporu, interpretację snów, przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Przedmiotem psychoanalizy jest: przerzucanie na partnera dziecięcych związków z rodzicem, sposób odnoszenia się do seksualności w rodzinie pochodzenia, pierwsze doświadczenia seksualne, zawody miłosne, seksualne traumy. Celem terapii jest uzyskanie przez pacjenta wglądu w procesy leżące w nieświadomości i wpływające na nasze zachowanie. Uświadomienie wypartych potrzeb seksualnych i rozwiązanie wewnętrznych konfliktów pozwoli na prawidłową ekspresję seksualności.

b) Samokontrola – zachęca się pacjenta do zachowań alternatywnych, osłabiających tendencje dewiacyjne. Terapeuta dąży do poznania i określenia czynników wyzwalających działania niepożądane, co ma pozwolić pacjentowi na przerwanie cyklu reakcji niepożądanych, poprzez zachowania alternatywne, odwracające jego uwagę. Samokontrola może obejmować również unikanie sytuacji, miejsc lub ludzi wyzwalających niepożądane zachowania dewiacyjne. Oddziaływania terapeutyczne mają na celu wykształcenie społecznie akceptowanych sposobów radzenia sobie w sytuacji narastania pobudzenia seksualnego, któremu towarzyszą określone stany afektywne.

c) Leczenie awersyjne (odwykowe) – „oduczenie” niepożądanych zachowań poprzez łączenie ich z nieprzyjemnym bodźcem (np. drażnienie prądem elektrycznym, czy lek wywołujący chwilowy paraliż). Celem terapii jest zmniejszenie atrakcyjności bodźca wyzwalającego niepożądane zachowanie. Metoda ta stosowana jest wówczas, gdy inne techniki, mające na celu wyeliminowanie niepożądanych zachowań zawodzą. W przypadku parafilii, kara stosowana jest zaraz po pojawieniu się dewiacyjnego wyobrażenia. Zmiany w funkcjonowaniu pacjenta można zaobserwować po 10-15 sesjach. Przyjmuje się, że opisywana metoda jest skuteczna, eliminuje bowiem niewłaściwe zachowania, jednak na krótki czas. Nie prowadzi do trwałych zmian. Zalecane jest, aby w tym samym czasie pacjent był uczony zachowań pożądanych, na drodze technik warunkowania sprawczego.

d) Techniki warunkowania sprawczego – polegają na wzmacnianiu (nagradzaniu) zachowań pożądanych, przy jednoczesnym ignorowaniu (braku wzmocnienia) zachowań niepożądanych. Jeżeli po danej reakcji pacjenta nastąpi wzmocnienie, jest prawdopodobne, że reakcja ta wystąpi ponownie. Istotne jest, aby nagroda stosowana była bezpośrednio po pożądanej reakcji, bez odroczenia jej w czasie.

e) Trening umiejętności społecznych - nabywanie umiejętności prawidłowego wnioskowania, rozpoznawania problemów oraz ich konstruktywnego rozwiązywania, a także modyfikowania konkretnych zachowań poprzez modelowanie (naśladowanie drugiej osoby), odgrywanie ról oraz trening umożliwiający wyćwiczenie praktycznych umiejętności (np. podczas trwania interakcji w kontakcie: pacjent–pacjent, pacjent–terapeuta).

f) Metody racjonalno-wyjaśniające i racjonalno-emotywne – opierają się na odwoływaniu się do wiedzy pacjenta oraz jego logicznego i krytycznego myślenia. Jest to metoda wyjaśniania, pouczenia, perswazji, reorientacji wykorzystująca interpretację, objaśnianie, tłumaczenie, udzielanie informacji, korygowanie niewłaściwych postaw, uspokajanie i dostarczanie wsparcia. Wyjaśnia się pacjentowi mechanizmy rządzące seksualnością człowieka, mechanizmy powstawania zaburzeń, aby zmienić fałszywe przekonania dotyczące tej sfery życia i obniżyć lęk.

W przypadku dewiacji seksualnych zaleca się stosowanie metod terapii grupowej, wykorzystującej procesy dynamiczne zachodzące pomiędzy samymi pacjentami. Może być ona zbliżona do zasad terapii prowadzonej wśród osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Skoncentrowana jest jednak na nieprawidłowościach w pełnieniu ról seksualnych. Jej celem w leczeniu dewiacji seksualnych jest: uzyskanie poczucia bezpieczeństwa w następstwie relacji z innymi osobami o podobnych problemach, reedukacja seksualna, zmiana postaw, eliminacja irracjonalnych poglądów, poprawa komunikacji i socjalizacja.

Zaburzenia preferencji seksualnych są przewlekłym schorzeniem. Minimalny czas trwania terapii wynosi 2 lata, w przypadku łagodnych parafilii, i 3-5 lat, w przypadku postaci ciężkich i wysokiego ryzyka przemocy seksualnej. Po przerwaniu leczenia, które nie może nastąpić nagle, należy pacjenta obserwować i podjąć ponowną terapię w przypadku nawrotu fantazji parafilijnych.

7. Leczenie uzależnień

System pomocy dla osób uzależnionych opiera się na szerokim zakresie świadczeń oraz stosowanych metod terapeutycznych dostosowanych do potrzeb pacjenta, realizowanych głównie przez sieć specjalistycznych placówek leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz nieliczne inne formy opieki pośredniej, takie jak: oddziały dzienne oraz programy post-rehabilitacyjne. Odrębne miejsce, najczęściej powiązane z opieką ambulatoryjną, zajmują programy terapii zastępczej (substytucyjne).

Metody pomocy osobom uzależnionych zawierają się w dwóch głównych obszarach oddziaływań: metodach psychospołecznych oraz leczeniu farmakologicznym. W ramach metod psychospołecznych, będących dominującą formą oddziaływań, wyodrębnić można: społeczność terapeutyczną, psychoterapię behawioralno-poznawczą, model 12 kroków, zarządzanie przypadkiem (Case management) oraz ruchy samopomocowe. Leczenie farmakologiczne, prowadzone jest głównie jako programy terapii zastępczej (leczenie substytucyjne) i detoksykacja. Formy te powinny być uzupełnione zajęciami terapeutycznymi, dostosowanymi do indywidualnych problemów osoby nadużywającej substancji psychoaktywnych lub uzależnionej. Szeroka gama metod pracy z osobami uzależnionymi znajduje odzwierciedlenie w praktyce, bowiem tylko nieliczne placówki pracują jedną metodą. W większości przypadków są to działania eklektyczne łączące w sobie elementy różnych metod.

Odrębną kwestią, wykraczającą poza ramy powyższych metod jest postrehabilitacja i ograniczanie szkód. Postrehabilitacja to działania kierowane do osób po ukończonym procesie leczenia, a także osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Celem tych działań jest powrót osób uzależnionych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcie pracy, pełnienie ról społecznych. Realizowane są głównie poprzez zajęcia zapewniające wsparcie psychologiczne, terapię podtrzymującą (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), naukę usamodzielniania się (nauka zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu itp.). Działania te realizowane są w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych, a także w placówkach ambulatoryjnych.

Działania zorientowane na abstynencję od środków odurzających powinny być uzupełniane odpowiednimi programami ukierunkowanymi na ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych, na które narażeni są użytkownicy narkotyków oraz społeczeństwo. Najpoważniejsze zagrożenia zdrowotne obejmują: ryzyko zakażenia żółtaczką typu B i C, HIV, gruźlicą oraz ryzyko przedawkowania narkotyku. Do zagrożeń społecznych należą zachowania kryminalne, bezdomność, wykluczenie z rynku pracy. Działania ukierunkowane na ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych obejmują kombinację wielu, różnorodnych interwencji, dopasowanych do potrzeb lokalnego środowiska. Mogą one obejmować programy wymiany igieł i strzykawek, programy leczenia substytucyjnego, doradztwo, pokoje bezpiecznych iniekcji, edukację rówieśniczą oraz *outreach*, promocję polityki, której celem jest ochrona populacji i grup ryzyka [17].

Farmakoterapia [18]

Główny cel farmakoterapii to długotrwała, najlepiej dożywnia eliminacja używania substancji uzależniającej. Leczenie dzieli się na dwa etapy:

- 1) którego celem jest zaprzestanie używania, czyli osiągnięcie wstępnej abstynencji. Można ją osiągnąć poprzez detoksykację (szybką albo rozłożoną w czasie) lub przez interwencje umożliwiające stopniowe zmniejszanie używania substancji aż do całkowitego zaprzestania;
- 2) którego celem jest leczenie polegające na wydłużaniu okresu abstynencji i zapobieganiu nawrotowi.

Pojęcie detoksykacji odnosi się do procesu terapeutycznego, w którym u osoby z uzależnieniem fizjologicznym zaprzestaje się podawania danej substancji i leczy ujawniające się objawy abstynencyjne. W wyniku udanej detoksykacji pacjent utrzymuje abstynencję bez objawów abstynencyjnych oraz zanika wykształcona w procesie uzależnienia tolerancja na efekty substancji.

Detoksykacja może być przeprowadzona w sposób ultraszybki (kilka godzin), szybki (kilka dni) lub stopniowo (kilka tygodni czy miesięcy); w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych. Leczenie szpitalne prowadzi się w przypadkach:

- kiedy objawy abstynencyjne mogą mieć intensywne nasilenie;

- kiedy mogą wystąpić powikłania ogólnomedyczne lub psychiatryczne (u osób z problemami somatycznymi lub wywiadem powikłań w trakcie uprzednich detoksykacji, np. napadów drgawkowych, zaburzeń świadomości);
- wymagane dawki leków są na tyle wysokie, że ich objawy uboczne (np. nadmierne uspokojenie) uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie;
- nie ma warunków na bezpieczną detoksykację ambulatoryjną i utrzymanie abstynencji (np. trudności w kontakcie z lekarzem, brak odpowiedzialnej osoby, która mogłaby monitorować leczenie, przebywanie w środowisku, gdzie dostęp do substancji jest bardzo łatwy).

W trakcie detoksykacji jest stosowanych kilka grup leków.

- substancje, od której pacjent jest uzależniony (np. benzodiazepiny), dawki tych substancji są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych;
- leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej (np. metadon w detoksykacji od heroiny czy benzodiazepiny w detoksykacji od alkoholu) i ich dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych;
- leki specyficznie blokujące zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym (np. klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej);
- leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego (leki przeciwbólowe, np. paracetamol czy ibuprofen, leki przeciwwymiotne, np. tietyloperazyna, leki przeciwłkowe, np. lorazepam czy klonazepam, leki nasenne, np. zolpidem, trazodon).

Niektórzy pacjenci, poddawani nawet wielokrotnej detoksykacji, nie są w stanie utrzymać abstynencji i powracają do nadużywania substancji psychoaktywnej. U takich osób zasadne jest wdrożenie leczenia substytucyjnego (zastępczego) za pomocą agonistów. Leczenie substytucyjne polega na zastąpieniu substancji nadużywanej lekiem, który ma podobny efekt farmakologiczny i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód (craving), ale nie posiada właściwości euforyzujących. Lek stosowany w leczeniu zastępczym zmniejsza lub blokuje euforyzujące efekty nadużywanej substancji, ma długi okres działania, co zapewnia stabilność pacjenta przy podawaniu go raz dziennie lub nawet rzadziej.

Leczenie substytucyjne ma na celu umożliwienie zaprzestania używania substancji, od której pacjent był uzależniony i ograniczenie ryzyka szkód związanych z używaniem. Jest ono obecnie szeroko stosowane w leczeniu uzależnienia od opioidów i uzależnienia od nikotyny.

Jednym z najbardziej skutecznych sposobów osiągnięcia długotrwałej abstynencji i zapobieganie nawrotom używania substancji psychoaktywnych jest stosowanie takich leków, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczanie euforyzującego działania substancji psychoaktywnej, tj. antagonistów (blokerów) receptora opioidowego (naltrekson, nalmefen) oraz disulfiramu (środek awersyjny) stosowanego w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Antagoniści receptora opioidowego blokują receptor, a przez to uniemożliwiają farmakologiczny efekt przyjmowanych opioidów. Disulfiram zaś blokuje metabolizm alkoholu, przez co w organizmie szybko gromadzi się aldehyd powodując bardzo nieprzyjemne doznania fizyczne i psychiczne, co skutecznie znosi przyjemne doznania po wypiciu alkoholu. Leczenie blokerami i środkami awersyjnymi ma na celu farmakologiczne wspomaganie psychoterapii. Pozbawienie nadużywanej substancji wywierania pozytywnych efektów sprawia, że zanikają z czasem zachowania warunkowe z nią związane i mogą wytworzyć się nowe zachowania oparte na naturalnych nagrodach (np. na satysfakcji z pracy zawodowej, życia rodzinnego czy hobby). Te zmiany są potencjalnie trwałe i wspomagają długotrwałą abstynencję.

Farmakoterapia może być też używana w leczeniu neurologicznych i psychiatrycznych powikłań używania substancji, takich jak intoksykacja (ostre i przewlekłe zatrucia), złożone zespoły abstynencyjne, współwystępujące zaburzenia psychiczne, jak depresja czy psychozy, wywołane przez używanie substancji, czy też zaburzenia organiczne i deficyty neurologiczne, na przykład zaburzenia zachowania, zespół Wernickego, zespoły ośpienne.

Tabela 22. Farmakoterapia w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych

Opioidy			
Stany ostrego zatrucia	Detoksykacja	Leczenie przewlekłe	
		leczenie agonistami ⁴ (substytucyjne)	leczenie blokerami (antagonistami)
<p>Intoksykacja opioidami, zażywanyymi w dużych dawkach albo w stosunkowo niewielkich dawkach, lecz w połączeniu z innymi lekami uspokajającymi (jak alkohol, leki nasenne, benzodiazepiny), może powodować głęboką sedację i hamowanie oddychania, a w dalszej kolejności – niedotlenienie mózgu, a nawet śmierć, stąd konieczna jest natychmiastowa interwencja.</p> <p>Leczenie przedawkowania polega na podaniu, domięśniowo lub dożylnie, naloksonu w dawce początkowej 0,4–0,8 mg. Pacjentowi ze spowolnionym oddychaniem należy podać stuprocentowy tlen, a nawet wspomagać wentylację mechaniczną do momentu powrotu normalnego oddechu. Pacjenta, który w pełni odpowiedział na nalokson trzeba monitorować przez co najmniej 3 godziny, a gdy na nowo zapada w sen lub spowalnia się oddychanie – podać dodatkowe dawki naloksonu (0,4 mg jednorazowo lub w kroplówce w dawce 1 mg/godzinę). Jedna dawka naloksonu jest często niewystarczająca ze względu na to, że działa on tylko przez 30–60 minut, podczas gdy wysokie stężenia heroiny mogą utrzymywać się w organizmie przez kilka godzin lub w przypadku metadonu jeszcze dłużej. Pacjentom, którzy nie odpowiadają na wstępne leczenie naloksonem, można podać większą dawkę (do 2 mg) i jeżeli dalej nie ma reakcji, zatrucie prawdopodobnie jest spowodowane innymi substancjami psychoaktywnymi, np. barbituranami.</p>	<p>Detoksykacja może być wolna, w warunkach ambulatoryjnych trwająca od kilku tygodni do 3 miesięcy lub krótkotrwała (3–10 dni - zwykła/klasyczna, szybka lub ultraszybka) prowadzona w warunkach stacjonarnych.</p> <p>Tradycyjna detoksykacja w oddziale stacjonarnym trwa około 7–10 dni. W pierwszych kilku dniach leczenia podaje się stopniowo zmniejszające się dawki opioidu, najczęściej metadonu lub morfiny, a przez ostatnie 1–2 dni stosuje się wyłącznie leczenie objawowe. Opioidy podane na wstępie mają na celu minimalizację objawów abstynencyjnych i wystarczają stosunkowo niewiele dawki (metadon 20 mg/dobę, morfina 40 mg 3–4/dziennie). Przez następne 3–5 dni zmniejsza się dawkę o 30–50% na dzień. Dolegliwości, które utrzymują się pomimo leczenia opioidami, leczy się objawowo przy użyciu specyficznych leków. Leki działające na receptory adrenergiczne, takie jak klonidyna lub lofeksydyna, łagodzą wiele objawów fizycznych i mają właściwości uspokajające. Leki te podaje się w zwiększanych dawkach tak długo, jak ciśnienie tętnicze krwi pozostaje w normie (powyżej 100/60 mmHg). Bóle mięśniowe można zmniejszać, stosując ibuprofen, naproksen lub ketoprofen; nudności i wymioty leczy się tietyloperazyną (Torecan); lęk, niepokój i pobudzenie ruchowe reaguje zazwyczaj na lorazepam, diazepam, klonazepam lub inne benzodiazepiny, a na zaburzenia snu podaje się zolpidem lub trazodon. Przed podaniem naltreksonu należy odczekać 7 do 10 dni.</p> <p>Wariantem metody tradycyjnej, stosowanym często w warunkach ambulatoryjnych, jest leczenie wyłącznie lekami adrenergicznymi i wspomagającymi. Leczenie</p>	<p>Obecnie podstawowymi lekami stosowanymi w leczeniu substytucyjnym są metadon (pełen agonista) i buprenorfina (częściowy agonista).</p> <p>Leczenie agonistami jest najbardziej skuteczne, gdy bywa stosowane przewlekłe, po jego zaprzestaniu – ryzyko nawrotu pozostaje wysokie. U wielu osób wskazane jest leczenie przez wiele lat, a nawet do końca życia.</p> <p>Leczenie agonistami jest najbardziej wskazane u osób z przewlekłym, nawracającym przebiegiem choroby, a mniej odpowiednie dla osób z krótkim okresem uzależnienia, młodzieży czy też osób uzależnionych od opioidów doustnych. U nich bardziej wskazane jest leczenie blokerami.</p> <p>Metadon - najczęściej wyjściowa dawka metadonu jest mniejsza niż 40 mg/dziennie, można ją stopniowo podnosić o 10–20 mg co 1–2 tygodnie. Efekt terapeutyczny zależy od dawki i najbardziej efektywne jest leczenie dawkami od 60–120 mg/dziennie. Chociaż dawki 20–40 mg/dziennie są zwykle wystarczające w niwelowaniu objawów abstynencyjnych przez 24–48 godzin, to dopiero dawki powyżej 60 mg, a zwłaszcza powyżej 100 mg/dziennie, skutecznie znoszą głód heroinowy. Wyższe dawki (100–150 mg/dziennie) są też konieczne do blokowania efektów dodatkowo zażywanej heroiny. Dawkę metadonu należy powoli podnosić (np. o 10 mg/tydzień), aż do całkowitego uzyskania pełnej abstynencji, co czasami wymaga dawek rzędu 150–200 mg/dziennie. Najbardziej skuteczne jest leczenie długotrwałe, co najmniej 5-letnie.</p> <p>Buprenorfina - w przeciwieństwie do metadonu,</p>	<p>Do antagonistów zaliczają się: nalokson (krótko działający do stosowania wyłącznie pozajelitowego), naltrekson (najszerzej stosowany, dostępny w postaci doustnej lub w iniekcji oraz jako implant) i nalmefen (dłużej działający, stosowany doustnie i mniej hepatotoksyczny niż naltrekson).</p> <p>Leczenie naltreksonem jest najczęściej dostępne w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia uzależnień lub placówkach akademickich. Naltrekson może być podany dopiero po częściowej lub całkowitej detoksykacji (usunięciu opioidów). Zwykle podaje się go doustnie raz dziennie w dawce 50 mg lub 3 razy w tygodniu (100–100–150 mg), zaś w iniekcji domięśniowej – raz w miesiącu (380 mg). Dostępne są również różne postaci implantów, które uwalniają naltrekson w wystarczających ilościach przez okres od 2 do 9 miesięcy.</p> <p>Naltrekson powinien być</p>

⁴ Agonista opioidowy wiąże się z receptorem opioidowym, powodując jego stymulację częściową (buprenorfina) lub pełną (metadon lub heroina), w przeciwieństwie do antagonisty (nalokson lub naltrekson), który wiąże się z receptorem, ale nie powoduje pobudzenia (skutecznie natomiast blokuje efekty innych substancji).

	<p>takie trwa zwykle 10–12 dni. W tym celu podaje się klonidynę, w dawkach do 1,2 mg pod kontrolą prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, lub lofeksydynę, która ma mniejszy wpływ na ciśnienie.</p> <p>Innym wariantem metody tradycyjnej jest detoksykacja przy użyciu stopniowo zmniejszanych dawek buprenorfiny. Zwykle leczenie rozpoczyna się od dawki 8–12 mg/dziennie i zmniejsza się przez kolejne 7 lub 28 dni.</p> <p>Przyspieszoną detoksykację zwykle przeprowadza się w ciągu 3–5 dni. Pacjentom podaje się dawkę naltreksonu, blokera opioidowego, co powoduje nagłe wystąpienie silnych objawów abstynencyjnych, które zmniejsza się przy użyciu dużych dawek leków wspomagających, takich jak w tradycyjnej detoksykacji. W tej metodzie stosuje się wysokie dawki leków uspokajających (diazepam), przeciwwymiotnych i adrenergicznych. Pacjentów intensywnie się nawadnia (doustnie lub dożylnie), dzięki czemu są w stanie tolerować więcej leków adrenergicznych. Naltrekson podaje się w codziennie zwiększanych dawkach (np. kolejno 12 mg, 25 mg i 50 mg). Pacjent może kontynuować leczenie naltreksonem.</p> <p>Wariantem detoksykacji szybkiej jest metoda, która łączy elementy pierwszych dwóch metod, tj. używa się zarówno agonistę, jak i antagonistę receptora opioidowego. Gdy w 1–2 drugim dniu pojawiają się objawy abstynencyjne, podaje się 2 dawki buprenorfiny po 4 mg, po czym od 3–4 dnia (po jednym dniu przerwy) wprowadza się powoli naltrekson, początkowo w dawce 3–6 mg, stopniowo zwiększając do 50 mg/dziennie. Przez cały okres leczenia stosuje się leki wspomagające. Taka detoksykacja trwa około 7–9 dni. U pacjentów odtrutych przy użyciu tej metody również można kontynuować leczenie naltreksonem.</p> <p>Detoksykacja ultraszybka w znieczuleniu ogólnym jest zwykle przeprowadzana w ciągu 24–48 godzin. W celu ograniczenia dyskomfortu związanego z objawami abstynencyjnymi, pacjenta wprowadza się w bardzo głęboką sedację przez znieczulenie ogólne midazolamem i/lub propofolem, lekami stosowanymi w przypadku zabiegów operacyjnych. Często pacjenta intubuje się, by wspomagać oddychanie. Po znieczuleniu, objawy abstynencyjne są wywoływane przy użyciu wlewu antagonisty dożylnego (nalokson,</p>	<p>leczenie buprenorfiną można rozpocząć tylko u osób, które odbyły częściową lub całkowitą detoksykację od heroiny. Buprenorfina podana osobie z objawami uzależnienia fizycznego od heroiny, może wywołać gwałtowny zespół abstynencyjny (poprzez nagłe wyparcie heroiny z receptorów opioidowych), dlatego należy odczekać co najmniej 18 do 24 godzin od ostatniej dawki heroiny (48–72 godzin w przypadku metadonu) i podać pierwszą, niewielką dawkę buprenorfiny (np. 2 lub 4 mg) dopiero wtedy, gdy są wyraźnie widoczne objawy abstynencyjne, które mogą być wówczas zniesione przez buprenorfinę. Dawkę buprenorfiny należy podnieść do oczekiwanego efektu, tzn. całkowitej eliminacji objawów abstynencyjnych i głodu opioidowego, ale bez nadmiernej sedacji czy sennaści. Efekt ten osiąga się zazwyczaj w pierwszych 2–5 dniach. Zwykle dawka początkowa wynosi 8–12 mg/dziennie i można ją podnosić o 4–8 mg co kilka dni, osiągając dobową dawkę docelową 12–24 mg. W okresie od 1 do 2 tygodni leczenia buprenorfina jest podawana 2 razy dziennie, ale po tym czasie może być przyjmowana raz dziennie (a nawet co drugi dzień) ze względu na to, że jej efekt kliniczny utrzymuje się przez 36 do 72 godzin. Dawki powyżej 24 mg/dziennie są rzadko skuteczniejsze niż niższe.</p> <p>Buprenorfina jest dostępna w dwóch postaciach do przyjmowania podjęzykowego: buprenorfina lub buprenorfina w połączeniu z naloksonem (Suboxon), a także w postaci plastra na skórę. W leczeniu przewlekłym wskazane jest stosowanie preparatu łązonego (buprenorfina z naloksonem), a sama buprenorfina powinna być stosowana wyłącznie w trakcie detoksykacji szpitalnej oraz w przewlekłym leczeniu kobiet w ciąży.</p>	<p>stosowany przez co najmniej 6 miesięcy, ale najlepsze efekty osiąga się, gdy leczenie trwa przez 1–2 lata.</p> <p>Naltrekson jest najbardziej skuteczny u pacjentów ze stabilną sytuacją zawodową i domową, gdy rodzina może być włączona w leczenie, a także skuteczny w leczeniu różnego typu profesjonalistów, np. lekarzy, prawników. Dobrymi kandydatami do leczenia naltreksonem są też osoby ze stosunkowo krótkim okresem uzależnienia, np. młodzież mieszkająca z rodzicami oraz osoby, które wielokrotnie doświadczały nawrotów, pomimo terapii agonistami.</p>
--	--	---	--

	nalmefen) lub dożołądkowego (naltrekson). Pacjenta wybudza się po 4–6 godzinach i przez kolejne 12–48 godzin stosuje się leczenie objawowe i ewentualnie kontynuuje podawanie doustne naltreksonu w pełnej dawce 50 mg/dziennie.		
Psychostymulanty: kokaina i amfetaminy			
Leczenie ostrych zatruc i zespołów abstynencyjnych	Inicjacja abstynencji i zapobieganie nawrotom		
	Agoniści	Antagoniści	
<p>Leczenie intoksykacji jest głównie behawioralne, pacjenta umieszcza się w cichym pomieszczeniu, minimalizuje stymulację, pomaga odzyskać orientację i uspokaja słownie, ograniczając interwencje fizyczne (np. unieruchomienie). Jeżeli te oddziaływania są niewystarczające, można zastosować leki uspokajające, takie jak benzodiazepiny (diazepam, lorazepam) doustnie lub parenteralnie. Należy unikać neuroleptyków (np. haloperidolu), które mogą wyzwoić napad drgawkowy i nasilić hipertermię.</p> <p>Nagłe zaprzestanie używania kokainy lub amfetaminy, najczęściej poprzedzone okresem ki ku dni używania substancji w dużych ilościach, może spowodować zespół abstynencyjny, charakteryzujący się głęboką depresją z myślami samobójczymi, lękiem, brakiem energii, sennieścią, trudnościami w koncentracji uwagi, wzmożonym apetytem oraz nasilającym się głodem środka psychoaktywnego (drug craving). Zwykle objawy te ustępują po 1-2 tygodniach, są leczone tylko objawowo (odpoczynek, ćwiczenia fizyczne) oraz lekami wspomagającymi, takimi jak benzodiazepiny.</p> <p>W przypadkach, kiedy depresja i myśli samobójcze nie ustępują, wprowadza się leki przeciwdepresyjne i ewentualnie hospitalizację psychiatryczną.</p>	<p>Wiele z leków, które są używane w leczeniu ADHD działa jako agoniści układu dopaminergicznego, w tym deksroamfetamina czy metylfenidat (leki z klasy psychostymulantów). Leki te mają działanie bardzo podobne do kokainy (takie same jak amfetamina), ale o wiele wolniejsze i słabsze niż oryginalna substancja, od której pacjent był uzależniony.</p> <p>Innym lekiem efektywnym w leczeniu uzależnienia od kokainy, działającym jak agonista (blokuje przemianę dopaminy), jest disulfiram, stosowany w leczeniu uzależnienia od a alkoholu.</p> <p>Inne leki z klasy agonistów to modafinil zmniejszający spożycie kokainy, zwłaszcza u osób bez choroby alkoholowej, oraz metylfenidat i bupropion pomocne w uzależnieniu amfetaminowym.</p> <p>Leki dopaminergiczne wydają się szczególnie pomocne w połączeniu z terapią behawioralną, której ważnym elementem jest nagradzanie pacjentów za abstynencję.</p> <p>Psychostymulanty używane w kontekście leczenia i brane doustnie nie powodują euforii i nie są nadużywane. Należy jednak zauważyć, że leki te mogą powodować efekty kardiotoksyczne, dlatego leczenie tymi środkami farmakologicznymi jest przeciwwskazane u osób chorych na serce.</p>	<p>Do leków, które zmniejszają lub blokują euforię i inne efekty kokainy, a przez to zmniejszają głód i zainteresowanie pacjentów tymi substancjami należą środki z klasy leków przeciwpadaczkowych, które blokują dopaminergiczne/stymulujące efekty kokainy poprzez nasilenie neuroprzekaznictwa hamującego (GABA-ergicznego). Do obiecujących leków z tej kategorii należą topiramet oraz wigabatryna. Leki te wydają się bardziej skuteczne w zapobieganiu nawrotom u osób z częściovą abstynencją (np. po leczeniu stacjonarnym). Innym lekiem z klasy blokerów jest naltrekson, który blokuje stymulujące efekty amfetaminy i prowadzi do zmniejszenia używania u pacjentów uczestniczących w programach terapeutycznych.</p>	
Leki uspokajające i nasenne			
<p>Pacjenci uzależnieni od LUN, powinni być szczegółowo zbadani w celu zdiagnozowania współwystępujących zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń nastroju, lękowych, osobowości); mogą one być lecone innymi lekami, aby ograniczyć przyjmowanie LUN. Pacjenci, których nie można ustabilizować za pomocą innych leków oraz przyjmujący LUN głównie ze względu na ich właściwości euforyzujące, powinni być poddani detoksykacji i rozpocząć dalsze leczenie, aby zapobiec nawrotom.</p> <p>Detoksykacja może być przeprowadzona poprzez zastąpienie leku, od którego pacjent jest uzależniony (np. alprazolam), lekiem, który cechuje się wolnym wchłanianiem i długim okresem półtrwania (klonazepam, chlórdiazepoksyd, klorazepat), a następnie powolne (przez kilka miesięcy) zmniejszanie dawki, z pośrednimi okresami stabilizacji na niższej dawce. W ostatniej fazie detoksykacji</p>			

dłuższy okres stabilizacji na najmniejszej możliwej dawce może być niezbędny przed ostatecznym odstawieniem leku. Dodatkowo, w ostatniej fazie odstawiania leku można wprowadzić terapię behawioralną oraz leki wspomagające (karbamazepina – 100-200 mg/d na początku, do 600-800 mg/d; kwas walproinowy – od 300 mg/d na początku, do 1000-1500 mg/d; trazodon) w celu umożliwienia osiągnięcia abstynencji.

Leczenie wspomagające powinno być utrzymane przez kilka tygodni lub miesięcy, aby zapobiec nawrotowi i utrwalić długotrwałą abstynencję.

Kannabinoidy

Efekty ostrej intoksykacji są najczęściej przejściowe i nie wymagają leczenia farmakologicznego. Stan pacjenta zwykle szybko się poprawia w cichym pomieszczeniu, z ograniczeniem stymulacji dodatkowymi bodźcami, z częstym wspomaganie orientacji pacjenta i wsparciem werbalnym. Niezwykle intensywne lub nieustępujące objawy mogą być leczone małymi dawkami neuroleptyków i benzodiazepin.

Większość osób, które rozwinęły uzależnienie psychiczne jest również uzależnionych fizycznie i pojawiają się u nich objawy abstynencyjne, utrudniające zaprzestanie używania (spadek apetytu, drażliwość, lęk, niepokój ruchowy, gniew i agresywność, zaburzenia snu oraz silny głód marihuany). Zwykle objawy abstynencyjne osiągają maksymalne nasilenie w pierwszym dniu do 3 dni i ustępują w okresie 2–3 tygodni. Leki wspomagające, skuteczne w detoksykacji od opioidów, takie jak klonidyna czy lofeksydyna, są pomocne także w przypadku kannabinoidów.

Do tej pory nie ma danych dotyczących farmakologicznego leczenia uzależnienia od kannabinoidów, mającego na celu utrzymanie abstynencji i głównym podejściem terapeutycznym pozostaje psychoterapia behawioralna.

Halucynogeny, substancje znieczulające, lotne rozpuszczalniki i inne substancje psychoaktywne

Stany zatrucia tymi środkami są najczęściej leczone niefarmakologicznie, pacjenta umieszcza się w pomieszczeniu o minimalnej stymulacji sensorycznej, gdzie można go bacznie obserwować w celu ograniczenia ryzyka samoookaleczenia. Pacjenci, którzy nie reagują korzystnie na postępowanie niefarmakologiczne, mogą być leczeni objawowo środkami uspokajającymi (benzodiazepiny). W rzadkich przypadkach ostrych, nieustępujących objawów psychotycznych można stosować niewielkie dawki silnych neuroleptyków (np. haloperidol). W sytuacjach, w których objawom psychiatrycznym towarzyszą zaburzenia metaboliczne, zaburzenia układu krążenia lub oddychania, pacjentów należy monitorować na oddziale szpitalnym (np. toksykologicznym).

Przy przewlekłym używaniu niektórych substancji może wystąpić zespół abstynencyjny po nagłym ich odstawieniu. Objawy abstynencyjne najczęściej przemijają po kilku dniach lub tygodniach bez leczenia i zwykle nie są groźne dla życia i ogólnego stanu zdrowia.

Leczenie przewlekłe osób uzależnionych od powyższych substancji polega zazwyczaj na oddziaływaniach psychoterapeutycznych, behawioralnych i środowiskowych. Pacjentów obserwuje się pod kątem pojawiających się zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe czy psychotyczne, często obecnych w tej populacji uzależnionych i które powinno się odpowiednio leczyć w zależności od ich charakteru i nasilenia.

Nikotyna

Farmakoterapia ma na celu zmniejszenie objawów abstynencyjnych i głodu nikotynowego. Powinna być stosowana w skojarzeniu z psychoterapią behawioralną.

Leczenie I linii – leczenie substytucyjne nikotyną (n. kotynowa terapia zastępcza) w formie gumy do żucia, plastra przezskórnego, inhalatora, tabletek do ssania i sprayu donosowego. Większość preparatów umożliwia indywidualne dostosowanie dawkowania. Typowe leczenie plastrami rozpoczyna się od dawki 21 mg/dziennie, stosowanej przez 6–8 tygodni, po czym dawkę się stopniowo zmniejsza do 14 mg/dziennie przez 1–2 tygodnie i do 7 mg/dziennie przez 1–2 tygodnie. Osoby palące mniej niż 10 papierosów dziennie oraz osoby z niską masą ciała powinny zaczynać od dawki 14 mg/dziennie, a u osób z bardzo silnym uzależnieniem można zaczynać od dawek wyższych niż 21 mg/dziennie.

Leczenie I linii – bupropion, stosowany w dawce 300 mg/dziennie; zwykle leczenie rozpoczyna się na 1–2 tygodnie przed datą rzucenia palenia i kontynuuje przez ok. 8–12 tygodni. Lek należy stosować przez okres od 6 do 12 miesięcy u osób z dużym ryzykiem nawrotu.

Leczenie I linii – warenklina w dawce 1–2 mg/dziennie; leczenie należy rozpoczynać powoli, gdyż często nudności towarzyszą wprowadzaniu tego leku. Leczenie trwa przez okres od 12 tygodni do ok. roku.

Leczenie II linii - przeciwdepresyjny lek nortryptylina oraz lek na nadciśnienie klonidyna (zastosowanie off-label); mogą być stosowane jako monoterapia lub w połączeniu z lekami pierwszej linii. W końcowej fazie badań jest forma leczenia oparta na efekcie blokującym (szczepionka powodująca wytworzenie przeciwciał w organizmie palacza, które sprawiają, że efekt tytoniu jest znacznie mniejszy, co sprzyja utrzymaniu abstynencji w trakcie terapii behawioralnej).

Alkohol	
Detoksykacja i zespół abstynencyjny	Podtrzymanie abstynencji
<p>Detoksykacja obejmuje zapewnienie bezpiecznego i monitorowanego otoczenia, bez zbędnych bodźców oraz odpowiedniego nawadniania i odżywiania. Pacjenci z długotrwałym lub ciężkim piciem w wywiadzie oraz z wcześniejszymi objawami zespołu abstynencyjnego stanowią grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia zespołu abstynencyjnego i mogą wymagać hospitalizacji.</p> <p>Łagodny i umiarkowany zespół abstynencyjny (ZA) pojawia się zwykle w ciągu pierwszych kilku godzin od odstawienia lub znaczącej redukcji dawki alkoholu przyjmowanego przewlekłe i w dużych ilościach; obejmuje zaburzenia przewodu pokarmowego, niepokój, drażliwość, podwyższone ciśnienie krwi, tachykardię i nadpobudliwość układu autonomicznego. Ciężka postać zespołu abstynencyjnego, obejmująca majaczenie alkoholowe (delirium tremens), pojawia się w pierwszych kilku dniach od odstawienia lub znaczącej redukcji dawki alkoholu przyjmowanego przewlekłe i w dużych ilościach; obejmuje zaburzenia świadomości, trudności w skupieniu uwagi, dezorientację, uogólnione napady toniczno-kloniczne (grand mal), drgawki, zasadowicę oddechową i gorączkę.</p> <p>W większości przypadków łagodnego do umiarkowanego ZA wystarczającym postępowaniem jest obserwacja i leczenie wspomagające. W przypadkach umiarkowanych do ciężkich należy stosować tiaminę w celu zapobiegania i ograniczania pow. kł. neurologicznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • >300 mg/d doustnie w trakcie detoksykacji – w przypadku osób względnie zdrowych, bez komplikacji, • 250 mg 1x dobę domięśniowo lub dożylnie przez 3-5 dni – w przypadku osób wyniszczonych, zagrożonych komplikacjami neurologicznymi; • >500 mg 3x dobę domięśniowo lub dożylnie przez 3-5 dni, następnie 250 mg 1x dobę przez kolejne 3-5 dni (zależnie od odpowiedzi). <p>W przypadkach cięższych i przy halucynacjach konieczna jest dodatkowa farmakoterapia, mająca na celu redukcję pobudzenia neurologicznego i przywrócenie homeostazy. Mogą być zastosowane benzodiazepiny (zwł. diazepam, ewentualnie lorazepam), które skutecznie redukują nasilenie objawów zespołu abstynencyjnego oraz występowanie drgawek i majaczenia. Inny algorytm, bardziej odpowiedni w warunkach ambulatoryjnych, obejmuje podanie antykonwulsantów w skojarzeniu z beta-blokerami, klonidyną i neuroleptykami.</p> <ul style="list-style-type: none"> • benzodiazepiny – nie ma jednoznacznego algorytmu dawkowania: <ul style="list-style-type: none"> • Pojedyncza dawka nasycająca – 200-400 mg doustnie chlorodiazepoksydu lub 20-40 mg diazepamu; doustnie: 	<p>Długoterminowa farmakoterapia wspierająca utrzymywanie abstynencji lub zmniejszająca spożycie alkoholu powinna być stosowana łącznie z interwencjami psychospołecznymi.</p> <p>Do najczęściej wymienianych przez wytyczne leków mających zastosowanie w leczeniu uzależnienia od alkoholu należą: naltrekson, akamprozat, disulfiram. najnowsze zalecenia, w tym polskie odnoszą się również do stosowania nalmefenu.</p> <p>Leki I linii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naltrekson – jest nieselektywnym antagonistą receptorów opioidowych, który – stosowany przewlekłe – zmniejsza intensywność epizodów picia oraz liczbę dni, w których dochodzi do epizodu ciężkiego picia. <p>Zalecana dawka stosowana w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu, pomocna w utrzymaniu abstynencji wynosi 50 mg na dobę (1 tabletkę). Przyjmowanie dawek większych niż 150 mg na dobę nie jest zalecane, ponieważ może to prowadzić do zwiększenia częstości występowania działań niepożądanych.</p> <p>W związku z tym, że chlorowodorek naltreksonu jest stosowany w leczeniu uzupełniającym, a proces całkowitego powrotu do zdrowia u pacjentów uzależnionych od alkoholu przebiega indywidualnie, nie można ustalić zaleceń odnośnie czasu trwania leczenia. Należy rozważyć stosowanie trzymiesięcznego leczenia początkowego. Konieczne może być jednak długoterminowe podawanie leku.</p> <p>Schemat dawkowania może wymagać modyfikacji, aby poprawić stopień dostosowania się do schematu dawkowania składającego się z 3 dawek tygodniowo: 2 tabletki (=100 mg chlorowodoru naltreksonu) w poniedziałek i w środę oraz 3 tabletki (=150 mg chlorowodoru naltreksonu) w piątek [19][20].</p> • Akamprosat - jest modulatorem układu GABA-ergicznego i słabym antagonistą receptorów glutaminianergicznych NMDA, którego korzystny wpływ, przy przewlekłym stosowaniu, polega przede wszystkim na podtrzymywaniu abstynencji. <p>Dorośli w wieku 18 - 65 lat: osobom o masie ciała 60 kg lub większej podaje się po 2 tabletki akamprozatu trzy razy na dobę podczas posiłków (rano, w południe i przed snem).</p> <p>Osobom o masie ciała poniżej 60 kg podaje się 4 tabletki w trzech podzielonych dawkach podczas posiłków (dwie tabletki rano, jedną w południe i jedną przed snem).</p> <p>W przypadku prawidłowo działającego układu pokarmowego zaleca się podawanie leku pomiędzy posiłkami. Podawanie leku jednocześnie z posiłkiem zmniejsza biodostępność leku.</p> <p>Zalecany czas trwania leczenia wynosi 1 rok. Leczenie akamprozatem należy rozpoczynać jak najwcześniej po odstawieniu alkoholu. Sporadyczny epizod wypicia alkoholu nie jest przeciwwskazaniem do kontynuowania leczenia [21].</p> • Nalmefen – jest antagonistą receptorów opioidowych, który zmniejsza intensywność epizodów picia oraz liczbę dni, w których dochodzi do epizodu ciężkiego picia. <p>Podczas wstępnej wizyty należy dokonać oceny stanu klinicznego pacjenta, stopnia uzależnienia od alkoholu</p>

<p>chlorodiazepoksyd (50 mg co 2-4 h), dizapam (10 mg co 2-4 h), oksazepam (60 mg co 2 h), lorazepam (1 mg co 2 h);</p> <ul style="list-style-type: none"> •Inny schemat przewiduje podanie w ciągu doby dawki supresyjnej, następnie powtórzenie kolejnego dnia w 4 dawkach podzielonych, po czym można zmniejszać dawkę przez 3-5 dni monitorując jednocześnie, czy objawy nie powracają; dla większości pacjentów ekwiwalent 600 mg chlorodiazepoksydu jest dawką maksymalną; pacjenci z ciężką postacią ZA lub z ZA w wywiadzie mogą wymagać nawet 10 dni leczenia benzodiazepinami; •Należy je wycofać wraz z zakończeniem detoksykacji; •W przypadku osób starszych, ciężkich schorzeń wątroby, delirium, demencji, innych zaburzeń poznawczych, preferowane są oksazepam lub lorazepam. <p>•agoniści (klonidyna) i antagoniści (beta blokery) receptora adrenergicznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> •nie powinny być stosowane w monoterapii; skojarzenie z benzodiazepinami pozwala obniżyć dawki tych drugich; •beta blokery – np. propranolol w dawce 10 mg co 6h doustnie, atenolol, •klonidyna – 0,5 mg 2-3 x dobę doustnie, <p>•antykonwulsanty:</p> <ul style="list-style-type: none"> •karbamazepina - (600–800 mg/d przez pierwsze 48h; potem 200 mg/d, •okskarbazepina, barbiturany i inne. <p>•leki przeciwpsychotyczne – jako dodatek do terapii (np. do benzodiazepin), w przypadku delirium, urojeń, halucynacji; zwł. haloperydol w dawce 0,5–2,0 mg domięśniowo co 2h (większość <10 mg /d)</p> <ul style="list-style-type: none"> •etanol dożylnie – działanie niepoparte dowodami naukowymi. 	<p>oraz poziomu spożycia alkoholu (na podstawie informacji podanych przez pacjenta). Następnie należy poprosić pacjenta o odnotowywanie przez około dwa tygodnie ilości spożywanego alkoholu. Na następnej wizycie, można rozpocząć leczenie produktem leczniczym Selincro u pacjentów, u których DRL⁵ utrzymuje się na wysokim poziomie w okresie tych dwóch tygodni.</p> <p>Produkt leczniczy należy stosować w połączeniu z interwencją psychospołeczną ukierunkowaną na przestrzeganie zasad leczenia i zmniejszenie spożycia alkoholu.</p> <p>W kluczowych badaniach największą poprawę obserwowano w ciągu pierwszych 4 tygodni. Należy dokonywać regularnej (np. comiesięcznej) oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie i potrzeby kontynuowania farmakoterapii. Lekarz powinien kontynuować ocenianie postępów pacjenta w ograniczaniu spożycia alkoholu, ogólne funkcjonowanie pacjenta, przestrzeganie przez pacjenta zasad terapii oraz ocenę wszelkich możliwych działań niepożądanych. Dostępne dane kliniczne dotyczące stosowania produktu leczniczego Selincro w randomizowanych badaniach z grupą kontrolną obejmują okres od 6 do 12 miesięcy. Należy zachować ostrożność przepisując produkt leczniczy Selincro dłużej niż przez 1 rok.</p> <p>Produkt leczniczy Selincro należy przyjmować w razie potrzeby: każdego dnia, w którym pacjent przewiduje, że może być narażony na ryzyko wypicia alkoholu powinien przyjąć jedną tabletkę (18 mg), najlepiej 1-2 godziny przed przewidywanym czasem picia alkoholu. Jeśli pacjent rozpoczął picie alkoholu bez przyjęcia produktu leczniczego Selincro, powinien przyjąć jedną tabletkę tak szybko, jak to możliwe.</p> <p>Maksymalna dawka produktu leczniczego Selincro to jedna tabletkę na dobę [22].</p> <p>Leki II linii:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Disulfiram - działa poprzez hamowanie dehydrogenazy aldehydowej, prowadząc do akumulacji aldehydu octowego i szeregu odczuwanych awersyjnie reakcji organizmu (np. nudności, uderzenia gorąca, kołatanie serca). <p>Podawanie produktu można rozpocząć po co najmniej 24 - godzinnym okresie abstynencji. Dawka początkowa zwykle wynosi 500 mg na dobę (1 tabl.). Tabletkę stosuje się raz na dobę rano lub w przypadku znacznego nasilenia efektu uspokajającego wieczorem. Dawkę tę należy stosować zwykle przez 1 do 2 tygodni. Następnie podaje się dawkę podtrzymującą, która wynosi 250 mg na dobę (125 do 500 mg na dobę). Maksymalna dawka doustna wynosi 500 mg na dobę.</p> <p>Podawanie produktu należy kontynuować przez okres zalecony przez lekarza, jednak nie dłużej niż 6 miesięcy bez ponownej oceny pacjenta.[23]</p> <p>Disulfi ram podawany p.o. powinien być przyjmowany przy świadkach (pod nadzorem), ponieważ ten element terapii jest uważany za jeden z warunków skuteczności leczenia.</p> <p>Stosowanie disulfiramu w innych postaciach (implanty) nie jest rekomendowane.</p> <p>Inne leki psychotropowe mogą być stosowane do leczenia schorzeń współwystępujących i/lub u pacjentów z tzw. podwójnym rozpoznaniem. Ponadto u pacjentów uzależnionych od alkoholu z alkoholowym uszkodzeniem wątroby można rozważyć stosowanie baklofenu.</p>
--	---

Źródło: [18][24][25]

⁵ Ryzyko szkód związanych ze spożywaniem a koholu (ang. *Drinking Risk Level*).

8. Leczenie uzależnień u dzieci i młodzieży

W myśl art. 25 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii leczenie, rehabilitacja lub reintegracja osób uzależnionych od narkotyków jest dobrowolne, o ile przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Odstępstwa od powyższego artykułu dotyczą głównie osób ubezwłasnowolnionych, skierowanych na leczenie w drodze postępowania sądowego oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia. Zgodnie z art. 30 wymienionej ustawy sąd rodzinny może, na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna, skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację, okres ten jednak nie może być dłuższy niż 2 lata. Przymusowe leczenie niepełnoletnich wiąże się z brakiem ich dojrzałości psychicznej, a to z kolei powoduje, że osoby te mają ograniczoną zdolność do podejmowania samodzielnych decyzji o rozpoczęciu leczenia.

Leczenie może być realizowane zarówno w placówkach ambulatoryjnych jak i stacjonarnych. Pacjenci, w zależności od programu poradni, korzystają mogą ze spotkań z psychologiem, terapeutą, psychiatrą. Realizowane są również grupy wsparcia, poradnictwo rodzinne a także interwencje kryzysowe, warsztaty umiejętności psychospołecznych, zajęcia socjoterapeutyczne. Leczenie stacjonarne przynosi korzyści w przypadku osób, które nie są w stanie pełnić dotychczasowych ról społecznych, wychowują się w niewydolnym wychowawczo środowisku rodzinnym lub też w sytuacji kiedy dotychczasowe formy pomocy nie odniosły skutku. Leczenie w ośrodkach stacjonarnych jest w większości programów leczeniem długoterminowym, trwającym od jednego do półtora roku. Program terapii uwzględnia nie tylko pracę nad samym uzależnieniem ale również pracę nad sobą, rozumianą jako samopoznanie, tworzenie nowej jakości życia bez narkotyków oraz odnajdywanie alternatywnych do dotychczas stosowanych sposobów samorealizacji. Podejmowane względem pacjentów działania, realizowane są m.in. poprzez terapię indywidualną i grupową, warsztaty zapobiegania nawrotom, grupy edukacyjne, zajęcia socjoterapeutyczne, terapię rodzin. Realizowane są również zajęcia promujące zdrowy styl życia poprzez m.in.: alternatywne formy spędzania wolnego czasu (grupy ukierunkowane na rozwój zainteresowań, obozy i biwaki, wycieczki, wyjścia do kin i teatrów). W ośrodkach stacjonarnych dzieci i młodzież realizują obowiązek szkolny - w przypadku gimnazjów zajęcia odbywają się często na terenie ośrodka, w przypadku szkół ponadgimnazjalnych, w zależności od decyzji kadry ośrodka i długości „stażu” w ośrodku, również w szkołach poza ośrodkiem leczenia.[17]

1.2. Aktualny zakres, sposób i poziom finansowania w Polsce

Rozporządzenie „koszykowe”

Świadczenia gwarantowane z rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień definiuje i określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1610).

Tabela 23. Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Warunki udzielania świadczeń		Świadczenia gwarantowane
stacjonarne	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatryczne • leczenie uzależnień • w izbie przyjęć 	1) świadczenia terapeutyczne; 2) programy terapeutyczne; 3) niezbędne badania diagnostyczne; 4) konsultacje specjalistyczne; 5) leki; 6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi; 7) wyżywienie ⁶ ; 8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin
dienne	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatryczne • leczenie uzależnień 	1) świadczenia terapeutyczne; 2) programy terapeutyczne; 3) niezbędne badania diagnostyczne; 4) leki; 5) wyżywienie; 6) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin

⁶ Z zastrzeżeniem art. 18 ustawy o świadczeniach, stanowiącego o dopłatach do kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

ambulatoryjne	<ul style="list-style-type: none"> psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe) leczenie uzależnień 	1) świadczenia terapeutyczne; 2) niezbędne badania diagnostyczne; 3) leki niezbędne w stanach nagłych; 4) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin
Osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione raz w roku mogą wyjechać na turnus rehabilitacyjny. Turnus może być zorganizowany w ramach: <ol style="list-style-type: none"> świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń nerwicowych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży udzielanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych; świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, udzielanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień; świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach dziennych psychiatrycznych; świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych; świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju udzielanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego); świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, programu substytucyjnego. 		

Projekt nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 28.11.2014 r., poddawany aktualnie konsultacjom społecznym, zakłada następujące zmiany:

1) odstąpienie od określania wymaganej minimalnej liczby etatów personelu, w odniesieniu do liczby łóżek, poprzez wprowadzenie wymogu co najmniej jednego etatu przeliczeniowego lekarza specjalisty, psychologa, psychoterapeuty lub pozostałego personelu, przy jednoczesnym pozostawieniu kwestii organizacji pracy, zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców, w kompetencji kierownika podmiotu leczniczego (cel: ujednolicenie przepisów obowiązujących w przedmiotowym zakresie, analogicznie do rozwiązania, wprowadzonego w rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego);

2) włączenie programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych do świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia, realizowanych w strukturach poradni seksuologii i patologii współżycia, pod warunkiem spełnienia wymagań, określonych w przedmiotowym programie; wprowadzone rozwiązanie umożliwi rozliczenie programu leczenia ambulatoryjnego dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej w poradniach seksuologicznych, bez konieczności rejestracji nowej komórki organizacyjnej, z odrębnym kodem resortowym; dokonanie zmian w zakresie wymagań przedmiotowego programu (cel: zwiększenie dostępności do świadczeń z przedmiotowego zakresu, zapewnienie większej anonimowości świadczeniobiorcom, będącym uczestnikami ww. programu, umożliwienie rozliczania przedmiotowego programu w poradniach seksuologicznych, bez konieczności rejestracji nowej komórki organizacyjnej z odrębnym kodem resortowym);

3) odejście od określania czasu udzielania porady lekarskiej: diagnostycznej, terapeutycznej oraz kontrolnej, realizowanej w ramach świadczeń gwarantowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz w przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, odejście od określania czasu udzielania wyłącznie w odniesieniu do porady lekarskiej (cel: wprowadzenie elastyczności, w dostosowaniu czasu trwania przedmiotowej porady, do stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a co za tym idzie, umożliwiając każdorazowo, indywidualne podejmowanie decyzji w tym zakresie przez specjalistę, przy zachowaniu odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, jak również gwarancji bezpieczeństwa dla świadczeniobiorcy).

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane z rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone są w Zarządzeniu NR 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. oraz zarządzeniach zmieniających.

Zarządzenie określa następujące zasady udzielania świadczeń:

- świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z przedstawionym harmonogramem;

- świadczeniodawca realizuje świadczenia z grupy chorób wskazanych w wykazie jednostek chorobowych wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 oraz zgodnie z określonym czasem udzielania świadczeń; dopuszcza się przyjęcia świadczeniobiorców z rozpoznaniem psychiatrycznym innymi w części nieprzekraczającej 10% hospitalizowanych, w oddziałach o kodach komórek organizacyjnych: 4702, 4704, 4705, 4712, 4714, 4716, natomiast w oddziale o kodzie komórki organizacyjnej 4742, w części nieprzekraczającej 5% hospitalizowanych;⁷
- we wszystkich formach opieki nad młodzieżą dopuszcza się, w przypadku kontynuacji nauki szkolnej, udzielanie świadczeń osobom powyżej 18. roku życia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia. Ograniczenia te nie dotyczą świadczeń udzielanych dla osób z autyzmem dziecięcym (F84), w poradniach: zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla osób z autyzmem dziecięcym;
- przez czas udzielania świadczenia, należy mieć na uwadze liczbę dni następujących po sobie, od dnia przyjęcia do dnia wypisu świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem, że w oddziałach dziennych uwzględnia się wszystkie dni, z wyłączeniem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- w przypadkach uzasadnionych klinicznie, świadczeniodawca obowiązany jest do udzielania (w ramach wizyty domowej) świadczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;
- w celu odzyskania i wzmocnienia zdolności do funkcjonowania świadczeniobiorcy w społeczeństwie świadczeniodawca obowiązany jest do współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej.

Tabela 24. Świadczenia ambulatoryjne i ich rodzaje

Świadczenia ambulatoryjne		Sposób realizacji
psychiatryczne	porady	<ul style="list-style-type: none"> • porada diagnostyczna - porada lekarska, • porada terapeutyczna - kolejna porada lekarska, • porada kontrolna – porada lekarska, • porada psychologiczną diagnostyczną, • porada psychologiczna, • porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym
	wizyty domowe/środowiskowe	<ul style="list-style-type: none"> • wizyta/ porada domowa/ środowiskowa – wizyta/ porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna; w przypadku licznych wizyt w jednym miejscu, w tym samym dniu – w szczególności w domu pomocy społecznej, dla pierwszego świadczeniobiorcy sprawozdawana jest wizyta domowa, a dla pozostałych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna lub porada kontrolna, zgodnie z faktycznie udzielonymi świadczeniami, • wizyta terapeuty • wizyta/ porada domowa/ środowiskowa w leczeniu środowiskowym
	sesje psychoterapii	<ul style="list-style-type: none"> • sesja psychoterapii indywidualnej, • sesja psychoterapii rodzinnej, • sesja psychoterapii grupowej, • sesja wsparcia psychospołecznego
	programy	<ul style="list-style-type: none"> • program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym, • program terapii zaburzeń preferencji seksualnych
leczenia uzależnień	porady	<ul style="list-style-type: none"> • porada/wizyta LU diagnostyczna – porada/wizyta, • porada LU lekarska diagnostyczna - porada, • porada/ wizyta LU terapeutyczna – kolejna porada/wizyta, • porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna) – kolejna porada,
	wizyta LU instruktora terapii uzależnień	-
	sesje	<ul style="list-style-type: none"> • sesja LU psychoterapii indywidualnej - Psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty może realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych,

⁷ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania:

4702 Oddział rehabilitacji psychiatrycznej,

4704 Oddział leczenia zaburzeń nerwicznych,

4705 - brak, dawniej: Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży,

4712 Oddział psychogeriatryczny,

4714 Oddział psychiatryczny dla chorych na gruźlicę,

4716 Oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych,

4742 Oddział/Ośrodek leczenia a alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji).

		<ul style="list-style-type: none"> u osób uzależnionych lub współuzależnionych, sesja LU psychoterapii rodzinnej - Osoba prowadząca psychoterapię lub specjalista psychoterapii uzależnień a bo osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty może realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych, sesja LU psychoterapii grupowej - Psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty może realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych. W przypadku osób realizujących pogłębiony program psychoterapii uzależnienia, dopuszcza się realizację do dwóch sesji w ciągu jednego dnia, sesja LU psychoedukacyjna - Psychoterapeuta lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty może realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;
	program leczenia substytucyjnego	-

Zespół leczenia środowiskowego/ domowego udziela porad/sesji/wizyt/ w miejscu udzielania świadczeń oraz wizyt/porad domowych/ środowiskowych w miejscu stałego przebywania świadczeniobiorcy lub innym miejscu poza siedzibą zespołu/ oddziału, przy czym:

- wizyta/ porada domowa/ środowiskowa miejscowa jest udzielana poza siedzibą zespołu, w zasięgu komunikacji miejskiej;
- wizyta/ porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa jest udzielana poza siedzibą zespołu, poza zasięgiem komunikacji miejskiej.

Zarządzenie określa następujące zasady rozliczania świadczeń:

- jednostką rozliczeniową świadczeń jest punkt lub ryczałt dobowy;
- sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień, ryczałt dobowy lub punkt;
- do rozliczenia pobytu w oddziałach stacjonarnych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, oddziałach/ośrodkach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym oraz w warunkach opieki domowej;
- rozliczanie ryczałtem dobowym obejmuje świadczenia udzielane w izbie przyjęć;
- rozliczanie za pomocą punktu obejmuje świadczenia udzielane w poradniach psychiatrycznych i leczenia uzależnień oraz w zespołach leczenia środowiskowego (domowego);
- rozliczanie za pomocą punktu, w przeliczeniu na osobodzień, obejmuje świadczenia udzielane w oddziałach stacjonarnych psychiatrycznych i leczenia uzależnień oraz oddziałach/ ośrodkach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień;
- waga punktowa odpowiadająca świadczeniom udzielanym w warunkach ambulatoryjnych określona jest odrębnie dla poszczególnych zakresów świadczeń;
- dzień przyjęcia do opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień i dzień zakończenia, wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w oddziałach/ośrodkach dziennych;
- dwukrotne przyjęcie świadczeniobiorcy z tą samą jednostką chorobową przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w warunkach stacjonarnych lub w oddziałach/ośrodkach dziennych, w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia, traktowane jest jako jedno świadczenie (z wyłączeniem hospitalizacji osób skierowanych na podstawie orzeczenia sądu do leczenia w zakładach psychiatrycznych oraz w zakładach leczenia odwykowego, zgodnie z odrębnymi przepisami). W przypadku świadczeń, udzielanych w warunkach stacjonarnych, do ustalenia czasu świadczenia jednorazowego, wlicza się dni faktycznie wykonane, a w przypadku ośrodków dziennych do ustalenia czasu świadczenia jednorazowego wlicza się dni następujące od daty wypisu do dnia ponownego przyjęcia, z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
- w oddziałach/ ośrodkach dziennych rozliczeniu podlegają wyłącznie osobodni faktycznie wykonane i udokumentowane w dokumentacji medycznej;
- w przypadku kontynuacji nauki szkolnej, we wszystkich formach opieki nad młodzieżą, dopuszcza się indywidualne rozliczenie świadczeń, udzielonych osobom pełnoletnim, jednak nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia;

- w przypadku hospitalizacji świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60. roku życia, któremu udzielane są świadczenia psychogeriatryczne, dopuszcza się indywidualne rozliczenie świadczeń;
- koszt leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi ze wskazań życiowych uwzględnia niezbędne do wykonania świadczenia: czas pracy personelu, sprzęt, materiały medyczne i leki oraz zapewnienie dostępu do badań i konsultacji;
- wartość świadczenia: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych, sumuje się z wartością osobodnia pobytu w oddziale stacjonarnym psychiatrycznym, zgodnie z wagą punktową zakresu świadczenia;
- w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, oddziałach/ ośrodkach leczenia uzależnień, oddziałach/ośrodkach dziennych, w przypadku przekroczenia wskazanego czasu leczenia, finansowanie świadczenia w części przekroczonej zmniejsza się do poziomu 70% wartości jednostki rozliczeniowej;
- w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień udzielających świadczeń w zakresie: świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, finansowanie świadczenia w części przekraczającej 547 dni leczenia zmniejsza się do 50% wartości jednostki rozliczeniowej;
- zmniejszenie poziomu finansowania, nie dotyczy hospitalizacji osób:
 - kierowanych na podstawie orzeczenia sądu do leczenia w zakładach psychiatrycznych oraz w zakładach leczenia odwykowego;
 - na podstawie postanowienia sądu opiekuńczego;
 - niepełnoletnich kierowanych przez sąd rodzinny do leczenia lub rehabilitacji w zakładach leczenia odwykowego;
 - uzależnionych, skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu lub rehabilitacji;
 - uzależnionych, skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, umieszczonych przed wykonaniem kary do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej na mocy orzeczenia sądu;
- w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień możliwe jest udzielanie zgody na przepustkę świadczeniobiorcy na okres do trzech dni, a w uzasadnionych przypadkach, w związku z wydarzeniami losowymi - do siedmiu dni, co winno być potwierdzone wpisem w dokumentacji medycznej. Łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 25% czasu trwania hospitalizacji;
- w psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym) przepustka może być wydana na okres do 30 dni. W zakładzie tym za przepustkę uważa się także okresowe przebywanie osoby z zaburzeniami psychicznymi poza zakładem w związku z jego samowolnym opuszczeniem, wynikającym ze stanu zdrowia psychicznego. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej oraz w przypadku długotrwałego pobytu (powyżej 365 dni) w ramach oddziału rehabilitacji psychiatrycznej i leczenia uzależnień łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 10% (36 dni) okresu rozliczeniowego (okresu roku kalendarzowego). W przypadku przepustki finansowanie świadczenia zmniejsza się do poziomu 70% wartości jednostki rozliczeniowej;
- w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień, w przypadku przepustki wydanej podczas hospitalizacji ponad określony czas udzielania świadczenia, finansowanie zmniejsza się do poziomu 49% wartości jednostki rozliczeniowej;
- w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień udzielających świadczeń w zakresie świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, finansowanie świadczenia, w przypadku przepustki wydanej podczas hospitalizacji w części przekraczającej 547 dni leczenia, zmniejsza się do 35% wartości jednostki rozliczeniowej;

- Fundusz nie finansuje odrębnie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce;
- liczba jednostek rozliczeniowych odpowiadająca maksymalnej kwocie zobowiązania określonej w umowie na realizację świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, obejmuje rozliczenie wszystkich typów porad w danym zakresie, w tym niezbędne świadczenia diagnostyczne, poza świadczeniami w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK);
- w przypadku porady diagnostycznej (lekarskiej i psychologicznej) oraz sesji psychoterapeutycznych i wsparcia psychospołecznego, wartość świadczenia jest iloczynem wagi punktowej świadczenia i liczby pełnych jednostek czasu udzielania świadczenia oraz ceny jednostkowej punktu;
- w przypadku sesji grupowej, sesji rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego oraz sesji psychoedukacyjnej, rozliczeniu podlega uczestnik sesji, a w przypadku sesji indywidualnej rozliczeniu podlega sesja;
- w przypadku jednej sesji psychoterapii, rozliczeniu podlega każda godzina sesji, jednak nie więcej niż dwie godziny dziennie, a w przypadku terapii uzależnień, nie więcej niż trzy godziny dziennie. Sesja psychoterapii indywidualnej trwająca dłużej niż jedna godzina, jednakże krócej niż 2 godziny, sprawozdawana jest jako jedna sesja;
- turnusy rehabilitacyjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wykazywane są do rozliczenia zgodnie z trybem przewidzianym dla realizacji świadczeń w określonym zakresie;
- świadczeniobiorca może otrzymać, w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, w dniu zgłoszenia, więcej niż jedno świadczenie, (np. poradę lekarską i psychologiczną), z wyłączeniem porad będących tymi samymi świadczeniami jednostkowymi (np. dwie porady lekarskie);
- czas trwania turnusu rehabilitacyjnego podlega sumowaniu z czasem udzielania świadczenia w danym zakresie.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przyjęty został przez Radę Ministrów 28 grudnia 2010 r. [26] w odpowiedzi na potrzebę przebudowy systemu ochrony zdrowia psychicznego. Realizacja programu obejmuje lata 2011 – 2015. W poszczególne zadania zostali włączeni ministrowie właściwi ze względu na cele programu, a w szczególności minister sprawiedliwości, minister obrony narodowej oraz ministrowie zdrowia, pracy i polityki społecznej, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych, administracji i cyfryzacji, a także Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy województw, powiatów i gmin.

Główne i szczegółowe cele Programu przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 25. Cele główne i szczegółowe NPOZP

Cele główne	Cele szczegółowe
1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym	1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu; 1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym; 1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi; 1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym	2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej; 2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego; 2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi; 2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy
3. Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu	3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości

zdrowia psychicznego	zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych; 3.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego; 3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej; 3.4. ocena skuteczności realizacji Programu
----------------------	--

Zgodnie z Programem, zwiększenie dostępności zróżnicowanych form opieki zdrowotnej wymaga szeregu zmian w dotychczasowym systemie opieki. Są to przede wszystkim:

- zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach (ok. 70 – 100 oddziałów);
- rozwijanie pozaszpitalnych form opieki środowiskowej (oddziały dzienne, hostele, zespoły opieki środowiskowej) – stosownie do lokalnych potrzeb i zalecanych wskaźników;
- wzmocnienie leczenia ambulatoryjnego, poprzez zwiększenie liczby pełnoprofilowych poradni psychiatrycznych z bogatszą ofertą świadczeń, czynnych przez cały tydzień;
- organizowanie systemu skoordynowanej opieki nad pacjentami zamieszkującymi określone terytorium poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego;
- kontynuowanie procesu przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych – dążenie do ich zmniejszania, powierzanie im roli placówek wyspecjalizowanych, zapewniających profilowane świadczenia zdrowotne (zmniejszająca się liczba łóżek w dużych szpitalach powinna być w pewnym stopniu kompensowana wzrostem liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych);
- zapewnienie dostępu do pomocy na oddziałach opiekuńczych – wyrównanie dysproporcji regionalnych i zrationalizowanie podziału zadań i sposobu finansowania placówek opieki zdrowotnej (finansowanych przez NFZ) i pomocy społecznej (finansowanych z innych źródeł);
- szkolenie kadry (psychiatrów, psychologów klinicznych, terapeutów przygotowanych do pracy środowiskowej, pielęgniarek psychiatrycznych) niezbędnej do praktycznej realizacji środowiskowego modelu opieki – wymaga to zwiększenia naboru do szkolenia specjalistycznego oraz ułatwienia przebiegu szkolenia (stworzenie bodźców motywujących do podjęcia szkolenia, w tym ekonomicznych).

Wszystkie powyższe działania mają na celu stworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, tj. systemu zintegrowanej opieki, zapewniającego na określonym terytorium ciągłość i kompleksowość świadczeń. Aktualnie uważa się, że model zintegrowanej środowiskowej opieki psychiatrycznej jest lepszy i tańszy niż tradycyjny, oparty o duży szpital psychiatryczny. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest i nigdy nie musi być leczona w szpitalu. Dlatego tak istotne znaczenie ma stopień rozwoju pozaszpitalnych form ochrony zdrowia psychicznego.

Model centrum zdrowia psychicznego (CZP) obejmuje co najmniej cztery formy opieki psychiatrycznej – ambulatoryjną (poradnia zdrowia psychicznego), środowiskową (mobilny zespół leczenia środowiskowego), dzienną (dzienny oddział psychiatryczny) i stacjonarną (całodobowy, szpitalny oddział psychiatryczny). Elementy centrum mogłyby współpracować strukturalnie (w jednym podmiocie leczniczym) lub funkcjonalnie (w drodze umów o współpracy między podmiotami). Strukturalny rdzeń centrum powinny jednak raczej zawsze stanowić ambulatorium i zespół środowiskowy, pozwalające na współprowadzenie leczenia i rehabilitacji również w warunkach domowych [7].

1.3. Aktualny stan finansowania w Polsce

W procesie rzetelnej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej należy mieć na uwadze wszystkie elementy mające wpływ na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej. Jednym z niezbędnych elementów uczestniczącym w procesie wyceny i ustalenia taryfy świadczeń jest przygotowanie diagnozy zasobów opieki psychiatrycznej w Polsce. Poniższy rozdział przedstawia charakterystykę dostępnych zasobów, tj. wartość kontraktów, koszty realizacji świadczeń, wydatki na świadczenia zdrowotne, wskaźniki zatrudnienia personelu medycznego, liczbę łóżek oraz liczbę świadczeniodawców realizujących zadania z zakresu opieki psychiatrycznej.

1.3.1. Liczba i wartość podpisanych umów z NFZ w latach 2010-2015 r.

Kluczowym dokumentem rozpoczynającym proces kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej są plany finansowe NFZ, które powinny uwzględnić zakontraktowanie optymalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej. Przy określaniu wytycznych do kontraktowania (dla 2013 r.) Prezes NFZ kierował się m.in. wysokością przychodów NFZ, danymi historycznymi raportami dotyczącymi kolejek oczekujących oraz danymi GUS i PZH. [27] W poniższej tabeli przedstawiono liczbę podpisanych umów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na przestrzeni lat 2010-2014. W analizowanym okresie obserwuje się generalnie tendencję wzrostową w zakresie liczby podpisywanych umów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; dynamika wzrostu liczby podpisywanych umów w latach 2010-2014 wyniosła około 3%, jednakże w stosunku do roku 2013 w roku 2014 podpisano o 3,72% umów mniej.

Tabela 26. Liczba podpisanych umów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2010-2014 r.

Rodzaj świadczenia	Liczba umów					Dynamika liczby umów 2010 vs 2014
	2010	2011	2012	2013	2014	
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	1 456	1 504	1 512	1 558	1 500	103,02%
Zmiana %	nd	3,30%	0,53%	3,04%	-3,72%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35].

W poniższej tabeli przedstawiono wartości podpisanych umów w latach 2010-2015. Na przestrzeni analizowanych lat dynamika wzrostu wartości umów w zakresie opieki psychiatrycznej wyniosła około 21%. W 2010 r. wartość kontraktów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wyniosła 1,96 mld natomiast w 2015 r. podpisano umowy o łącznej wartości 2,37 mld. Procentowy udział opieki psychiatrycznej w całkowitych wydatkach NFZ w analizowanych latach wahał się w zakresie od 3,62% do 4%. W latach 2014-2015 obserwuje się również tendencję spadkową dotyczącą udziału opieki psychiatrycznej w całkowitej wartości zakontraktowanych świadczeń w stosunku do lat poprzednich, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że kwota poświęcona na finansowanie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień zwiększa się z roku na rok.

Tabela 27. Wartość podpisanych umów w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w latach 2010-2015 (w mld PLN)

Rodzaj świadczenia	Wartość umów						Dynamika wartości umów 2010 vs 2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	
Opieka psychiatryczna i LU	1,96	2,02	2,16	2,25	2,31	2,37	120,78%
Ogółem wydatków NFZ	49,34	50,78	54,18	56,11	64,52	65,38	
Udział % opieki psychiatrycznej i LU	3,98%	3,98%	3,98%	4,00%	3,58%	3,63%	
Zmiana %	nd	-0,05%	0,17%	0,44%	-10,50%	1,40%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

*Na podstawie planu finansowego NFZ na 2015 r. z dnia 7 stycznia 2015 r.

Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z podziałem na województwa w latach 2010-2014 przedstawiono w tabeli poniżej. Wzrost kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w analizowanych latach wyniósł około 20%. Najwyższe koszty realizacji świadczeń poniesione zostały w dwóch oddziałach: mazowieckim i śląskim. Największy wzrost kosztów na przestrzeni analizowanych lat odnotowano w województwie podkarpackim (31,82%), wielkopolskim (25,53%) oraz małopolskim (22,82%).

Tabela 28. Koszty realizacji świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2010-2013 (dane w mln PLN)

Kod województwa	Nazwa oddziału	Koszty realizacji świadczeń					Dynamika wzrostu kosztów 2010 vs 2014
		2010	2011	2012	2013	2014	
01	Dolnośląski	154,13	158,32	168,00	173,66	182,77	118,58%
02	Kujawsko-Pomorski	94,48	99,60	109,14	110,74	117,50	124,37%
03	Lubelski	107,01	110,89	121,73	125,36	129,58	121,09%
04	Lubuski	68,36	73,14	76,51	81,33	86,94	127,18%
05	Łódzki	136,37	135,35	149,49	151,05	156,82	114,99%
06	Małopolski	136,13	143,19	157,97	164,66	167,19	122,82%
07	Mazowiecki	311,90	321,61	323,14	345,02	351,73	112,77%
08	Opolski	49,63	52,78	55,64	58,21	61,02	122,95%
09	Podkarpacki	84,75	92,25	100,36	105,87	111,72	131,82%
10	Podlaski	65,91	67,55	75,51	78,98	79,44	120,54%
11	Pomorski	115,84	122,99	130,25	132,86	139,42	120,36%
12	Śląski	235,92	252,74	268,68	273,63	284,68	120,67%
13	Świętokrzyski	60,08	61,79	65,82	66,37	69,74	116,07%
14	Warmińsko-Mazurski	70,71	74,26	79,17	83,47	87,11	123,19%
15	Wielkopolski	159,94	166,88	188,90	199,02	200,77	125,53%
16	Zachodniopomorski	81,52	81,84	88,25	89,35	93,00	114,09%
Razem		1 932,68	2 015,19	2 158,55	2 239,57	2 319,45	120,01%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

W poniższej tabeli przedstawiono średnią wartość wybranych produktów w poszczególnych województwach. Świadczenia z zakresu świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych zostały najwyżej wycenione przez oddział mazowiecki, kujawsko-pomorski, wielkopolski oraz małopolski. Najniższe wartości w tym zakresie odnotowano w oddziałach: lubelskim, lubuskim oraz podlaskim. W pozostałych zakresach średnia cena produktów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ kształtowała się podobnie. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 29. Średnia cena wybranych produktów w poszczególnych województwach w 2014 i 2015 r. (dane w PLN)

Nazwa OW NFZ	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych - stacjonarne (04.4700.021.02)		Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)		świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych (04.2700.020.02)	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Razem	10,66	10,83	8,32	8,33	8,68	8,72
Dolnośląski	10,70	10,70	8,94	8,95	8,92	8,93
Kujawsko-Pomorski	11,52	11,89	9,00	9,00	9,22	9,22
Lubelski	9,90	10,09	7,48	7,48	8,27	8,29
Lubuski	9,90	10,04	8,90	8,88	6,75	6,75
Łódzki	10,20	10,56	7,73	7,74	8,38	8,65
Małopolski	11,00	11,00	7,76	7,76	8,27	8,29
Mazowiecki	12,00	12,00	8,99	8,99	11,43	11,43
Opolski	10,32	10,71	7,97	7,97	8,00	8,00
Podkarpacki	10,60	10,60	8,60	8,60	9,20	9,20
Podlaski	10,20	10,20	8,68	8,67	8,41	8,41
Pomorski	10,19	10,64	7,78	7,92	9,00	9,14
Śląski	10,50	11,00	8,91	8,92	8,79	8,99
Świętokrzyski	10,95	11,29	7,58	7,56	-	-
Warmińsko-Mazurski	10,60	10,60	8,35	8,35	9,18	9,18
Wielkopolski	11,50	11,50	7,89	7,89	7,83	7,87
Zachodniopomorski	10,50	10,50	8,57	8,56	8,70	8,70

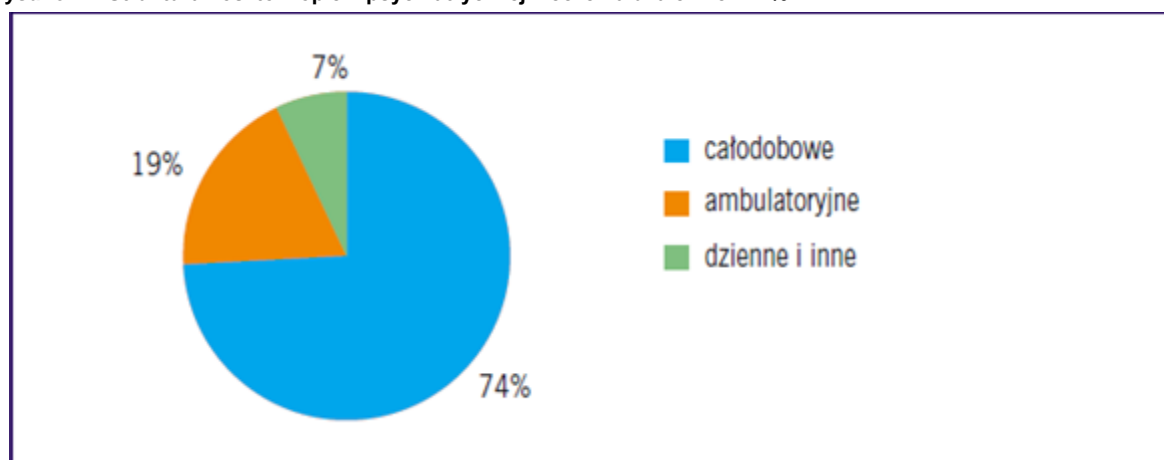
Źródło: [28]

1.3.2. Koszty realizacji świadczeń

Zgodnie z raportem MZ „Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia” z 2011 r., do najistotniejszych kosztów generowanych na rzecz osób chorujących na zaburzenia psychiczne należą wydatki ponoszone przez: system ubezpieczeń zdrowotnych (NFZ), system ubezpieczeń społecznych (m.in. z tytułu niezdolności do pracy, rent chorobowych i socjalnych), system pomocy społecznej (zasiłki, koszty funkcjonowania domów opieki społecznej dla tej grupy pacjentów, koszty prowadzenia środowiskowych domów samopomocy oraz koszty specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi) [1].

Poniższa rycina przedstawia strukturę kosztów NFZ w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na przykładzie roku 2009, w którym na realizację tych świadczeń przeznaczono około 2 mld PLN. Największe koszty wygenerowała realizacja świadczeń całodobowej opieki stacjonarnej (1,44 mld PLN), następnie - świadczenia ambulatoryjne 368,9 mln PLN oraz świadczenia dzienne i inne (138,8 mln PLN) [1].

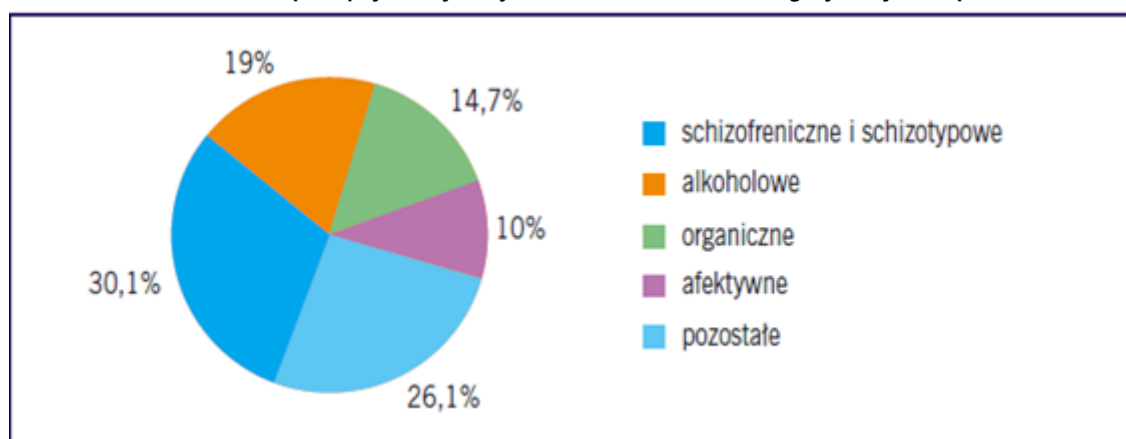
Rysunek 2. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w %



Źródło: [1]

Poniżej przedstawiono strukturę kosztów ponoszonych na leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w podziale na rozpoznania. Największe koszty wygenerowali pacjenci z zaburzeniami schizofrenicznymi i schizotypowymi (30,1%), pacjenci uzależnieni od alkoholu (19%), chorzy z zaburzeniami organicznymi (15%) oraz pacjenci z zaburzeniami afektywnymi, w tym przede wszystkim pacjenci z depresją (10%) [1].

Rysunek 3. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień według wybranych rozpoznań w %



Źródło: [1]

Innymi kosztami ponoszonymi przez NFZ na rzecz osób cierpiących na zaburzenia psychiczne są leki refundowane podawane w ramach leczenia psychiatrycznego. W 2009 r. koszt ten wyniósł około 752 mln PLN.

ZUS szacuje, że wydatki poniesione na świadczenia związane z niezdolnością do pracy na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w 2009 roku wyniosły 4,5 mld PLN, co stanowi 15,5% wszystkich poniesionych przez ZUS wydatków. Na rentę socjalną dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania ZUS przeznaczył kwotę 860 mln PLN, co stanowiło 59% kwoty środków przeznaczonych na ten rodzaj świadczeń. Oznacza to, że ponad połowa populacji, która nie podjęła nigdy pracy z uwagi na stan zdrowia to osoby z zaburzeniami psychicznymi. Na świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy, wynikające z zaburzeń psychicznych ZUS przeznaczył około 2,86 mld PLN [1].

1.3.3. Liczba lekarzy

Ustalenie dokładnej liczby personelu pracującego w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień jest utrudnione, ponieważ, oprócz umów o pracę, stosowane są również umowy cywilnoprawne, które nie pozwalają na dokładne monitorowanie wymiaru zatrudnienia głównych grup zawodowych.

W 2009 r., bezpośrednio z pacjentami pracowało ok. 2 tys. lekarzy ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty w dziedzinie psychiatrii. W opiece ambulatoryjnej zatrudnionych było 1559 lekarzy, 1494 psychologów, 958 pielęgniarek, 954 specjalistów i instruktorów uzależnień. Ponadto, zawarto umowy cywilno-prawne o niemożliwym do ustalenia wymiarze czasu pracy – 2720 umów z lekarzami, 1578 z psychologami, 380 z pielęgniarkami oraz 672 ze specjalistami i instruktorami uzależnień. W opiece stacjonarnej zatrudnionych było: około 1000 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii, ok. 800 psychologów, 5500 pielęgniarek oraz ok. 800 specjalistów i instruktorów uzależnień [1].

Należy stwierdzić, iż są to niedostateczne zasoby wykwalifikowanego personelu medycznego. Wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców jest w Polsce niższy niż w większości krajów zachodnioeuropejskich. Problemy kadrowe spowodowane są między innymi nierównomiernym rozmieszczeniem kadr medycznych pod względem geograficznym. Koncentracja specjalistów obserwowana jest w regionach, gdzie znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki [11]. Warto również przytoczyć wnioski z kontroli NIK (KZD-4101-001-01/2014), która podaje, że nierównomierne rozmieszczenie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia może powodować znaczne różnice w dostępie do świadczeń zdrowotnych [27]. Z raportu dotyczącego „Realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2012 roku” również wynika, że niski wskaźnik związany z realizacją programu „zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form opieki psychiatrycznej” jest spowodowany między innymi niedostateczną liczbą personelu [29].

Poniższa tabela przedstawia współczynniki zatrudnienia lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności w 2011 r. Średnia zatrudnienia w Polsce wynosi 6,5 na 100 tys. mieszkańców. Najwięcej lekarzy psychiatrów obserwuje się w województwie mazowieckim (9,6) oraz podlaskim (9,6). Najmniej lekarzy natomiast odnotowano w województwie zachodniopomorskim (5,6), lubuskim (5,5), podkarpackim (5,3) oraz wielkopolskim (4,00). W pozostałych regionach liczba lekarzy oscyluje w granicach średniej.

Tabela 30. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia wg regionów, województw i podstawowego miejsca zatrudnienia

Region/Województwo	Specjaliści psychiatrii*				Lekarze psychiatrii na 100 tys. ludności w 2011
	2010	2011	2012	2013	
POLSKA	2 325 (2009 – 2 447)	2 593	2 563	2 678	6,7
Dolnośląskie	122	175	147	173	6
Kujawsko-Pomorskie	129	143	135	150	6,8
Lubelskie	134	144	141	141	6,6
Lubuskie	56	56	70	74	5,5
Łódzkie	165	190	186	203	7,5
Małopolskie	231	245	245	238	7,3
Mazowieckie	433	506	495	511	9,6
Opolskie	55	61	60	67	6
Podkarpackie	112	113	119	120	5,3
Podlaskie	111	113	106	109	9,4
Pomorskie	135	137	123	167	6

Śląskie	262	291	296	299	6,3
Świętokrzyskie	82	95	93	87	7,4
Warmińsko-Mazurskie	87	91	100	104	6,3
Wielkopolskie	129	137	154	144	4
Zachodniopomorskie	82	96	93	91	5,6

*łącznie ze specjalistami dziecięcymi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [30][11]

Na przestrzeni 3 lat (2010-2013) liczba lekarzy psychiatrów zwiększyła się o ok. 300 natomiast udział psychiatrów w analizowanych latach w całkowitej liczbie specjalistów utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Szczegółowe dane przedstawia tabela poniżej.

Tabela 31. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według podstawowego miejsca zatrudnienia stan na lata: 2010, 2011, 2012 oraz 2013.

Specjaliści		Ogółem			
		2010	2011	2012	2013
Ogółem	A	63 869	66 849	67 687	67 219
	B	16,7	17,3	17,6	17,5
Psychiatrii*	A	2 325	2 593	2 563	2 678
	B	0,6	0,7	0,7	0,7
Udział % lekarzy psychiatrów w liczbie specjalistów ogółem		3,64%	3,88%	3,79%	3,98%

*łącznie ze specjalistami dziecięcymi;

A-liczby bezwzględne, B-wskaźnik na 10 tys. ludności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [30]

Ponadto, zgodnie z raportem GUS z 2013, podejmowane są działania mające zachęcić młodych lekarzy do wybierania priorytetowych specjalizacji medycznych. Zgodnie z rozporządzeniem MZ z 2012 r. psychiatria dzieci i młodzieży stanowi jedną z dziedzin medycyny, które są uznawane za priorytetowe. [31]

W ciągu 9 lat (2004-2012) liczba psychologów pracujących w zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej zwiększyła się prawie 4 razy. Największy wzrost odnotowano w latach 2004-2005 (+49%) oraz na przestrzeni roku 2005 i 2009 (+69%).

Tabela 32. Specjaliści pracujący w zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2009	2010	2011	2012	2013
Psycholodzy	171	255	293	495	581	654	692	805
Dynamika	nd	49%	15%	69%	17%	13%	6%	16%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [30]

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego również określono zalecane wskaźniki zatrudnienia w opiece psychiatrycznej. Tabela poniżej przedstawia oczekiwaną liczbę pracowników w opiece psychiatrycznej w stosunku do liczby pracowników obecnie zatrudnionych. Największy deficyt odnotowano wśród pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych oraz psychologów klinicznych. Jest to zgodne z raportem rzecznika praw obywatelskich z 2014 r. który podaje, że należy przeciwdziałać pogłębiającemu się brakowi personelu poprzez podniesienie wynagrodzeń i możliwość szkolenia innych specjalistów niezbędnych dla ochrony zdrowia psychicznego [7]. Ponadto, w raporcie znalazła się rekomendacja WHO w której widnieją zalecenia dotyczące m.in.: rozwoju kadry medycznej, zwiększania zasobów ludzkich, co ma kluczowe znaczenie ponieważ w większości krajów rozwijających się istnieje zapotrzebowanie na personel w tym zakresie. Zespoły specjalistyczne powinny się składać ze specjalistów lekarzy, jak i nie-lekarzy, psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, terapeutów, którzy będą mogli ze sobą współpracować tak, aby zapewnić kompleksowość opieki i integrację pacjenta w środowisku [32].

Tabela 33. Zalecane wskaźniki zatrudnienia w zawodach dla opieki psychiatrycznej

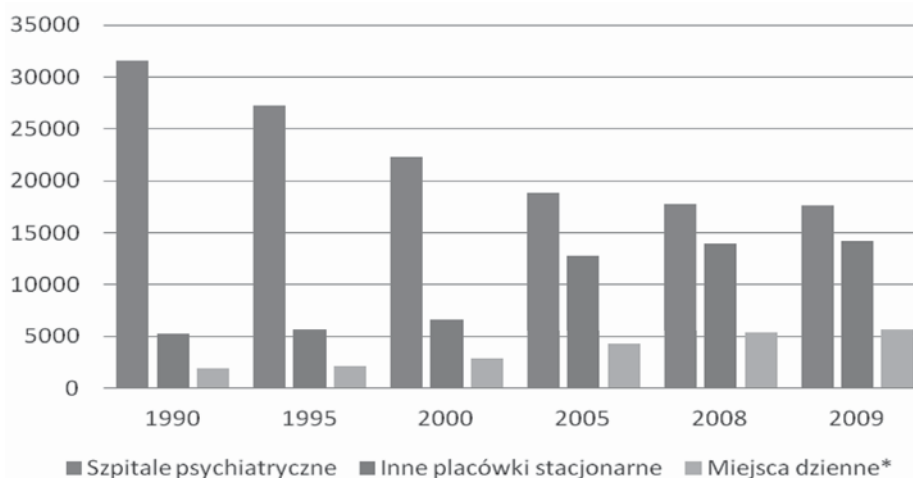
Zawód	Oczekiwania		Stan obecny	
	Wskaźnik pracowników 100 tys. mieszkańców	Liczba pracowników	Liczba pracowników	% zaspokojenia potrzeb
Psychiatrzy	10	4000	2700	67,5%
Psychiatrzy dzieci i młodzieży	1	400	206	51,5%
Psychologowie kliniczni	9,5	3800	1400	36,8%
Pracownicy socjalni	10	4000	300	7,5%
Pielęgniarki	35	14 000	10 000	71,4%
Terapeuci zajęciowi	8	3200	560	17,5%
Psychoterapeuci z certyfikatem	2	800	500	62,5%
Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5	2000	1400	70,0%

Źródło: [26].

1.3.4. Liczba łóżek

Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane są zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i stacjonarnych. W ciągu ostatnich lat, zauważalne są zmiany w kierunku zmniejszania udziału opieki stacjonarnej na rzecz rozwoju opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Na przestrzeni dwóch dekad liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych znacznie spadła, rośnie natomiast liczba łóżek w innych typach placówek stacjonarnych i w warunkach opieki dziennej. Warto zaznaczyć, że obecnie opieka zinstytucjonalizowana pozostaje dominującą formą opieki psychiatrycznej w Polsce, mimo odchodzenia od modelu opieki zinstytucjonalizowanej w kierunku opieki środowiskowej [33].

Rysunek 4. Liczba łóżek w warunkach stacjonarnej i dziennej opieki psychiatrycznej w latach 1990-2009



*Dla lat 1990-2005 Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Dz. U. 2011, Nr 24, poz. 128.

Źródło: [33]

Stacjonarna całodobowa opieka psychiatryczna w Polsce realizowana jest przez różne struktury i formy organizacyjne podmiotów leczniczych zarówno publicznych jak i niepublicznych [11]. Wśród zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej wyróżnia się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego, oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. W szpitalach ogólnych opieka psychiatryczna realizowana jest także na oddziałach psychiatrycznych i odwykowych.

Na przestrzeni lat 1990-2007 nastąpił 14% spadek bazy łóżkowej opieki psychiatrycznej ogółem, znacznie zmniejszyła się również liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych (41%). Zmniejszenie się liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych wynika z pożądanego procesu powstawania oddziałów

psychiatrycznych w szpitalach niepsychiatrycznych (głównie ogólnych). W 1990 r. oddziały psychiatryczne funkcjonowały w 43 zakładach, natomiast w 2007 w 88 zakładach [26].

Tabela 34. Opieka stacjonarna - łóżka ogółem i na oddziałach psychiatrycznych (bez oddziałów dla uzależnionych) w latach 1990-2007

Rodzaj zakładu	1990 r.	1995 r.	2000r.	2005 r.	2007 r.	Zmiana % 1990-2007
Ogółem	36 776	32 992	28 872	31 559	31 727	-14%
Szpitale psychiatryczne	31 863	27 375	22 455	19 056	18 944	-41%
Inne zakłady	4 913	5 617	6 417	12 503	12 783	160%

Źródło: [26]

W przeciągu 17 lat obserwuje się znaczny spadek liczby łóżek w opiece stacjonarnej. Dla porównania w roku 1990 liczba łóżek ogółem w opiece stacjonarnej wynosiła 36,7 tys. łóżek, wskaźnik na 10 tys. mieszkańców 9,6, natomiast w roku 2007 liczba łóżek wyniosła już 31,7, a wskaźnik spadł do poziomu 8,3. W okresie 1990-2007 największą redukcję bazy szpitalnej zaobserwowano w szpitalach psychiatrycznych gdzie liczba łóżek z 31,9 tys. spadła do 18,9 tys. oraz w których czas leczenia z 66 dni w 1990 spadł do 35 dni w 2007 r. Generalnie, wskaźniki przyjęte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego nie odbiegają znaczenie od obecnej dostępności, największy problem stanowi nierównomierne rozłożenie placówek psychiatrycznych w poszczególnych województwach oraz na zbyt dużej koncentracji bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych [26]. Na przestrzeni lat 1990-2009 zarówno liczba placówek opieki dziennej jak i liczba dostępnych miejsc zwiększyła się co najmniej 3 krotnie. W 1990 r. funkcjonowało 76 placówek opieki dziennej, które dysponowały 1984 miejscami natomiast w roku 2009 r. już 259 placówek posiadających 5688 miejsc.

Tabela 35. Placówki opieki psychiatrycznej pozaszpitalnej, miejsca dzienne w latach 1990-2009

Placówki	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009
Liczba placówek	76	99	132	203	240	249	259
Liczba miejsc	1948	2160	2823	4290	5257	5393	5688

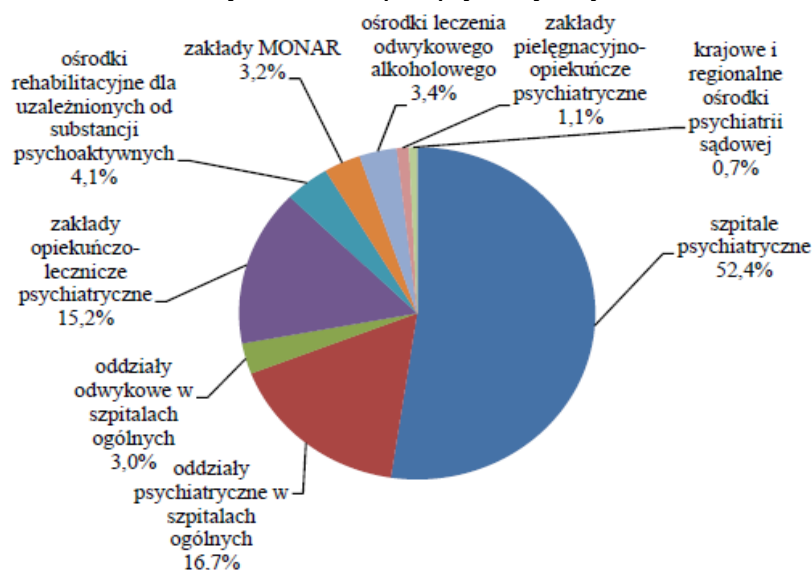
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [26]

W 2009 r. najwięcej oddziałów dziennych oraz miejsc zarejestrowano w województwie śląskim, mazowieckim oraz małopolskim odpowiednio 49 z liczbą miejsc 1165, 40 z 1115 oraz 27 z 523 łózkami. Najmniejszą liczbę miejsc dziennych odnotowano w województwie opolskim (65) oraz lubelskim (67). Największą liczbę miejsc ogółem zaobserwowano na oddziałach psychiatrycznych (3041), najmniej natomiast dla dwóch zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych (45 miejsc) [34].

Na poniższym wykresie przedstawiono strukturę łóżek poszczególnych zakładów opieki psychiatrycznej. W 2013 r. najwięcej łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych (52,4%), kolejno na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (16,7%), w zakładach opiekuńczo-leczniczych (15,2%) oraz na oddziałach odwykowych (3%). W 2013, 48 szpitali psychiatrycznych dysponowało 17,5 tys. łóżek, natomiast w szpitalach ogólnych funkcjonowało 177 oddziałów psychiatrycznych i odwykowych, gdzie dostępnych było 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 łózkami oraz 22 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, w których zarejestrowano 1,1 tys. łóżek i było to więcej o 3,3% porównaniu do roku 2012.

Zgodnie z raportem GUS na 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 pacjentów zaobserwowano w województwie podkarpackim (47 dni), pomorskim (39 dni), natomiast najkrótsze odnotowano w województwach opolskim (18 dni) i wielkopolskim (23 dni) i w stosunku do poprzedniego roku nie było znacznych różnic w tym zakresie.

Rysunek 5. Struktura łóżek całodobowych zakładów opieki psychiatrycznej w 2013 r.



Źródło: [31]

Innym wskaźnikiem opisującym funkcjonowanie szpitali jest wykorzystanie łóżek. Poniższe dane przedstawiają liczbę łóżek psychiatrycznych w psychiatrycznej opiece całodobowej oraz ich średnie wykorzystanie według województw, rodzaju zakładu oraz rodzaju oddziału.

Tabela 36. Psychiatryczne łóżka rzeczywiste w 2009 r. według rodzaju oddziału

Grupy oddziałów i rodzaj oddziału	Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste			Średni czas pobytu
		Liczyby bezwzględne	Na 10 000 ludności	Średnie wykorzystanie łóżka w %	
Ogółem	793	31 798	8,3	93,6	36,6
Psychiatryczne dla dorosłych	399	16 898	4,4	95,0	32,3
Opiekuńcze	57	4 896	1,3	98,1	266,7
Dla uzależnionych od alkoholu	89	3 432	0,9	94,2	31,8
Detoksykacja dla uzależnionych od alkoholu	66	1 274	0,3	88,6	9,3
Dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	72	2 431	0,6	86,0	102,4
Detoksykacja dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	20	234	0,1	79,0	11,7
Psychiatrii sądowej	43	1 457	0,4	90,4	174,3
Psychiatryczne i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży	47	1 175	0,3	81,1	32,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [34]

W 2009 r. działało około 793 oddziałów całodobowej opieki psychiatrycznej. We wszystkich oddziałach odnotowano 31 798 tys. łóżek, co na 10 tys. ludności stanowiło wskaźnik 8,3. Zarówno największe wykorzystanie łóżek, jak i najdłuższy czas hospitalizacji zaobserwowano na oddziałach opiekuńczych (pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci i młodzieży, opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne, opiekuńczo-lecznicze dla dzieci i młodzieży), odpowiednio 98,1% oraz 266,7 dni. Najmniejsze wykorzystanie łóżek odnotowano na oddziałach detoksykacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (79%), a najkrótszy czas pobytu na oddziałach detoksykacyjnych uzależnionych od alkoholu (9,3 dnia).

Najwięcej łóżek psychiatrycznych w zakładach całodobowej opieki psychiatrycznej zarejestrowano w województwie mazowieckim (4404), śląskim (4074) oraz wielkopolskim (2463). Największy wskaźnik średniego czasu hospitalizacji odnotowano w województwie dolnośląskim (47 dni)

a najniższy w województwie łódzkim (30 dni). Szczegółowe dane obrazuje poniższa oraz powyższa tabela.

W 2010 r. podobnie jak w poprzednim roku funkcjonowało 31 980 łóżek psychiatrycznych, co stanowiło wskaźnik 8,4 na 10 tys. ludności, średnie wykorzystanie łóżka wynosiło 89,9%, a średni czas pobytu 37,4 dnia [11]. Również średnie wykorzystanie łóżek w na oddziałach psychiatrycznych i odwykowych w szpitalach ogólnych, które stanowią około 20% ogółu całodobowych wahało się w granicach 90% [30].

Tabela 37. Psychiatryczne łóżka rzeczywiste w 2009 r. według województw

Województwo	Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste			Średni czas hospitalizacji (w dniach)
		Liczby bezwzględne	Na 10 000 ludności	Średnie wykorzystanie łóżka w %	
Ogółem	793	31797	8,3	93,6	39
Dolnośląskie	59	2671	9,3	92,0	47
Kujawsko-pomorskie	40	1305	6,3	96,7	41
Lubelskie	50	2205	10,2	94,9	43
Lubuskie	31	1794	17,8	98,8	59
Łódzkie	56	1949	7,7	92,5	30
Małopolskie	45	1794	5,4	94,3	33
Mazowieckie	125	4404	8,4	88,9	35
Opolskie	25	1105	10,7	93,2	40
Podkarpackie	27	1365	6,5	98,0	33
Podlaskie	31	1199	10,1	95,4	31
Pomorskie	66	2211	9,9	91,8	40
Śląskie	97	4074	8,8	93,3	53
Świętokrzyskie	18	934	7,3	96,6	31
Warmińsko-mazurskie	36	1185	8,3	90,1	34
Wie kopolskie	55	2463	7,2	96,3	33
Zachodniopomorskie	30	1087	6,4	96,1	34
Średnia	49,4	1984	8,76	94,3	38,56

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [34]

1.3.5. Liczba placówek

Świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane są w warunkach: stacjonarnych, w oddziałach/ośrodkach dziennych oraz ambulatoryjnych [35]. W opiece ambulatoryjnej wyróżnia się: poradnię zdrowia psychicznego, poradnię zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradnię odwykową dla uzależnionych alkoholu oraz od substancji psychoaktywnych oraz poradnię psychologiczną. W całodobowej opiece psychiatrycznej, jak wspomniano w poprzednim rozdziale, świadczenia realizowane są w: szpitalach psychiatrycznych, Regionalnych Ośrodkach Polityki Społecznej (ROPS), szpitalach ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi i leczenia uzależnień, w ZOL-ach, ZPO, ośrodkach leczenia uzależnień i ośrodkach (oddziały) rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych.

W 2014 r. zarejestrowano łącznie 1437 świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej w ramach kontraktu z NFZ (tabela poniżej). Na przestrzeni lat 2010-2014 obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Poniższe dane dobrze ilustrują nierównomierne rozproszenie świadczeniodawców pomiędzy poszczególnymi województwami. Największa koncentracja świadczeniodawców znajduje się w województwie mazowieckim, śląskim oraz wielkopolskim. Najmniej świadczeniodawców natomiast udziela świadczeń w województwie lubelskim, opolskim oraz podlaskim. Szczegółowe informacje przedstawia tabela poniżej.

Tabela 38. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Nazwa oddziału	Liczba świadczeniodawców				
	2010	2011	2012	2013	2014
Razem	1 383	1 420	1 453	1 449	1 437
Dolnośląski	111	113	117	116	116
Kujawsko-Pomorski	69	76	78	77	75
Lubelski	85	84	79	82	84
Lubuski	38	37	39	43	42
Łódzki	100	97	105	99	97
Małopolski	105	113	117	121	118
Mazowiecki	173	182	186	185	185
Opolski	46	49	46	45	45
Podkarpacki	52	54	57	59	59
Podlaski	39	44	49	51	49
Pomorski	83	70	73	71	69
Śląski	176	189	187	186	185
Świętokrzyski	50	48	45	45	44
Warmińsko-Mazurski	56	57	55	54	54
Wielkopolski	136	137	155	150	148
Zachodniopomorski	64	70	65	65	67

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

W 2015 r. NFZ zawarł 134 umowy w zakresie stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, 970 umów w ramach opieki ambulatoryjnej oraz 140 umów z zakresu dziennych świadczeń psychiatrycznych. Najwięcej umów w ramach stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych podpisano w województwach mazowieckim i śląskim, najmniej natomiast w województwach świętokrzyskim, lubuskim i opolskim. Największą liczbę umów dotyczących ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych oraz dziennych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych zawarto w województwach mazowieckim oraz śląskim. Szczegółowe dane dotyczące liczby świadczeniodawców posiadających umowy w analizowanych zakresach zawiera tabela poniżej.

Tabela 39. Liczba świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w wybranych zakresach w 2015 r.

Liczba świadczeniodawców	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych - stacjonarne (04.4700.021.02)	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02)	świadczeniaienne psychiatryczne dla dorosłych (04.2700.020.02)
Razem	134	970	140
Dolnośląski	10	95	12
Kujawsko-Pomorski	8	56	9
Lubelski	9	51	9
Lubuski	4	27	1
Łódzki	9	71	8
Małopolski	11	69	14
Mazowiecki	15	117	15
Opolski	4	32	4
Podkarpacki	8	45	8
Podlaski	6	28	3
Pomorski	10	42	13
Śląski	17	138	22
Świętokrzyski	2	32	2
Warmińsko-Mazurski	6	26	6
Wielkopolski	8	98	10
Zachodniopomorski	7	43	4

Źródło: [28]

Świadczenia ambulatoryjne udzielane są w poradniach zdrowia psychicznego przez zespoły opieki domowej lub środowiskowej oraz w dziennych oddziałach psychiatrycznych [33]. Poradnie ambulatoryjne obejmują: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci

i młodzieży, poradnie terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia oraz poradnie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Poniższa tabela przedstawia liczbę placówek opieki ambulatoryjnej realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej w latach 1999-2010. W ciągu analizowanych lat największą dynamikę odnotowano w przypadku ogólnych poradni zdrowia psychicznego, których liczba zwiększyła się dwukrotnie. O 73% zwiększyła się również liczba poradni dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W 2010 r. zarejestrowano 1310 poradni zdrowia psychicznego (wraz z dziećcami), 484 poradnie odwykowe dla uzależnionych od alkoholu, 104 poradnie odwykowe dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz 271 poradni psychologicznych z czego 61% stanowiły NZOZy, 35% samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 4% indywidualne i grupowe praktyki lekarzy [11].

Tabela 40. Liczba placówek opieki ambulatoryjnej w latach 1999-2010

Lecznictwo ambulatoryjne	1999 r.	2009 r.	2010	Zmiana % 1999-2010
Poradnie zdrowia psychicznego (z dziećcami)	571	1287	1310	229,42%
Poradnie dla uzależnionych od a koholu	368	471	484	131,52%
Poradnie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	60	104	104	173,33%
Poradnie psychologiczne	-	262	271	103,44%

Źródło: [1]

Opieka stacjonarna jest realizowana natomiast w szpitalach psychiatrycznych (56%), szpitalach ogólnych, w samodzielnych organizacjach ośrodkach dla uzależnionych (11%), w zakładach opiekuńczych (13%) na 31,8 tys. łóżek [1]. Około 60 % lecznictwa stacjonarnego zlokalizowana jest w 54 szpitalach psychiatrycznych (łącznie z regionalnymi ośrodkami psychiatrii sądowej — ROPS), natomiast w roku 1990 blisko 87% łóżek znajdowało się w szpitalach psychiatrycznych [26]. Z końcem 2013 r. w Polsce działało 48 szpitali psychiatrycznych, w szpitalach ogólnych funkcjonowało 177 oddziałów psychiatrycznych, 32 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 26 zakładów MONAR, 4 regionalne ośrodki psychiatrii sądowej oraz 22 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, a także 52 zakłady opiekuńczo-lecznicze typu psychiatrycznego i 5 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego [31].

W poniższych tabelach przedstawiono zalecane wskaźniki dostępności opieki psychiatrycznej opracowane na podstawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Jednym z celów wspomnianego dokumentu jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez stworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego [26]. Celem utworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień obejmującej świadczenia z zakresu opieki środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej oraz stacjonarnej. Inicjatywa ta znalazła również poparcie w raporcie MZ i stanowi jedną z rekomendacji dotyczącej odchodzenia od dominującej pozycji opieki psychiatrycznej w tym zakresie [1]. Wskaźniki dotyczące dostępności Centrów Zdrowia Psychicznego przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 41. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50—200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50—200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb

Źródło: [26]

W poniższych tabelach przedstawiono zalecane wskaźniki dostępności placówek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień według Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.

Tabela 42. Zalecane wskaźniki dostępności w placówkach dla dorosłych, dzieci i młodzieży

Rodzaj placówki	Placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi	Placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi
	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek
Poradnia*	1 poradnia/50 tys. mieszkańców	1 poradnia/powiat lub kilka powiatów (150 tys. mieszkańców)
Oddziały dzienne**	3 miejsca/10 tys. mieszkańców	1 miejsce/10 tys. mieszkańców
Zespoły środowiskowe***	1 zespół/50 tys. mieszkańców	1 zespół/150 tys. mieszkańców
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców	-
Oddziały psychiatryczne Szpitalne^/oddziały szpitalne^^	4 łóżka/10 tys. mieszkańców równomiernie jak najbliżej, w miastach/dzielnicach miast powyżej 80 tys. mieszkańców; optymalnie: w szpitalach ogólnych	0,4 łóżka/10 tys. mieszkańców
Hostel	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	1 hostel (20 miejsc)/województwo
Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL)	1-2 łóżka/10 tys. mieszkańców	-
Poradnia pomocy rodzinie	-	1 poradnia/województwo

*czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta

**co najmniej 1 w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców (dot. dorosłych)

***co najmniej 1 w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców

^maksymalnie 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach (dot. dorosłych)

^^równomiernie (dot. dzieci)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [26]

Tabela 43. Zalecane wskaźniki dostępności w placówkach dla uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych

Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych	
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia*	co najmniej 1 przychodnia/1 powiat (około 50 tys. mieszkańców)
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)
Oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2—0,3 łóżka/10 tys. mieszkańców
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców
Hostele	1 hostel (20 miejsc)/województwo

*z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie

Źródło: [26]

Tabela 44. Zalecane wskaźniki dostępności w placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

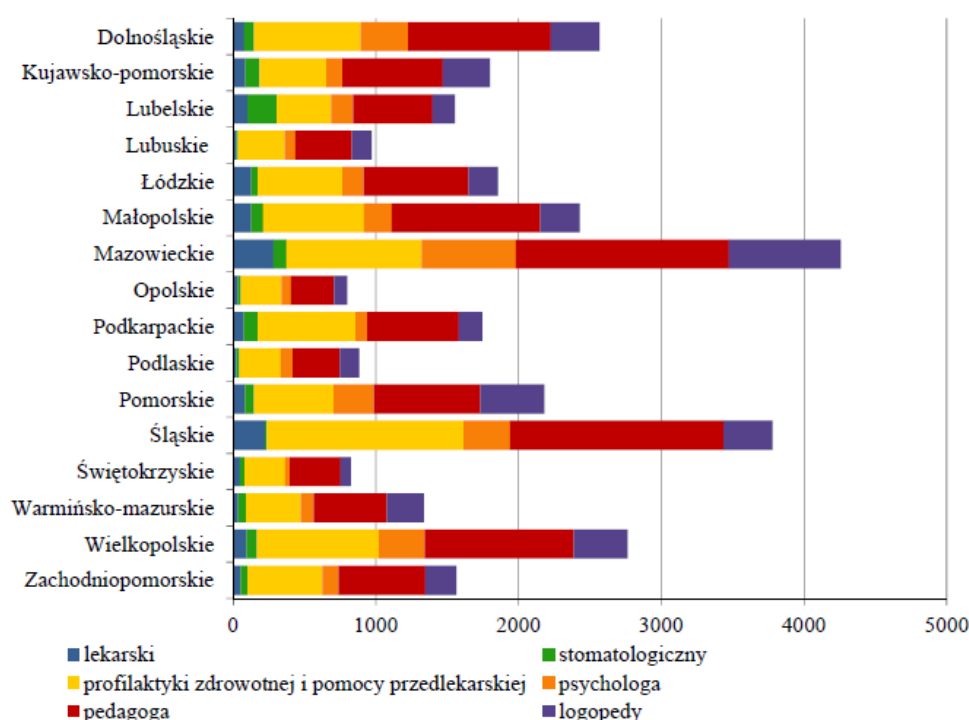
Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50-70 tys. mieszkańców — 1 przychodnia; 70-100 tys. mieszkańców — 2 przychodnie; powyżej 100 tys. mieszkańców — 3 przychodnie	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie; w tym ośrodki interwencji kryzysowej
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/województwo	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe; z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Hostele dla uzależnionych od	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	-

substancji psychoaktywnych		
Program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego	-

Źródło: [26]

Innym z celów NPOZP jest promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez m.in. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania; ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania; podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych [26]. W pierwszym miesiącu roku szkolnego 2013/2014 we wszystkich szkołach dla dzieci i młodzieży funkcjonowało 3 073 gabinetów psychologicznych, w szkołach podstawowych natomiast działało 1,4 tys. gabinetów psychologicznych co oznacza, że dostęp do opieki psychologicznej zapewniało uczniom 10% szkół. W gimnazjach funkcjonowało 15% z ogólnej liczby gabinetów psychologicznych (1 tys.), a w szkołach ponadgimnazjalnych działały 594 gabinety psychologa [31].

Rysunek 6. Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej wg województw



Źródło: [31]

Powyższy rysunek przedstawia strukturę rozmieszczenia gabinetów medycznych i pedagogiczno-psychologicznych pomiędzy województwami. Największą liczbę wymienionych gabinetów zarejestrowano w województwie mazowieckim oraz śląskim. Z wykresu wynika, że najmniejsza dostępnością do gabinetów psychologicznych charakteryzowały się województwa: świętokrzyskie, lubuskie, opolskie, podlaskie oraz warmińsko-mazurskie. Najwięcej gabinetów psychologa odnotowano w województwie dolnośląskim i pomorskim. Obecnie w szkołach na terenie całej Polski realizowane są programy promocji zdrowia i profilaktyki, udostępniono ofertę szkoleń dla nauczycieli i rodziców podnoszących kompetencji wychowawcze rodziców oraz przygotowujących nauczycieli do procesu adaptacji gimnazjalistów, upowszechniono liczne materiały, poradniki, scenariusze zajęć, mające pomóc szkołom w radzeniu sobie z problemem używania substancji psychoaktywnych przez młodzież oraz inne [29].

1.3.6. Kolejki oczekujących

Zarówno w 2011, 2012, 2013 jak i 2014 roku największa liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących placówek: poradni zdrowia psychicznego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży/poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od

alkoholu, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień. W poniższych tabelach przedstawiono liczbę pacjentów oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych, medianę czasu oczekiwania oraz procent komórek organizacyjnych do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni dla lat 2011-2014. Zgodnie z danymi przekazanymi przez NFZ najwięcej osób ze statusem „przypadek stabilny” oczekuje do poradni zdrowia psychicznego, a wspomniana wartość przyjmuje tendencję wzrostową z roku na rok.

Tabela 45. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2011, 2012, 2013 oraz 2014 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących			
	2011	2012	2013	2014*
Poradnie zdrowia psychicznego	35 245	42 621	45 377	33 322
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	7 372	5 177	5 252	4 644
Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	5 557	5 771	8 714	6 963
Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	3 024	2 005	2 724	2 623
Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	2 187	2 609	2 714	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

*W 2014 r. wyodrębniono nową komórkę: Poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Liczba pacjentów w 2014 r. wyniosła 2 701

Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w oddziałach/ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu odpowiednio 38, 32, 30 i 23 dni dla lat 2011, 2012, 2013 oraz 2014 r. Równie długo oczekuje się na wizytę w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień oraz leczenia zaburzeń nerwicowych. Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 46. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – średni czas oczekiwania do poszczególnych komórek organizacyjnych według stanu na koniec grudnia 2011, 2012, 2013 oraz 2014 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Średni czas oczekiwania (mediana)			
	2011	2012	2013	2014*
Poradnie zdrowia psychicznego	9	13	17	19
Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	38	32	30	23
Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	16	21	27	35
Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	33	24	25	29
Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	34	24	26	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

*W 2014 r. wyodrębniono nową komórkę: Poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Mediana średniego czasu oczekiwania w 2014 r. wyniosła 0 dni.

W 43% poradni zdrowia psychicznego w 2011 r. czas oczekiwania wynosi 0 dni, w 2012 r. w przypadku 39% poradni, w 2013-30%, natomiast w 2014 - 29%, pomimo iż do poradni zdrowia psychicznego oczekuje znacznie większa liczba osób niż w przypadku pozostałych. Podobny czas oczekiwania obserwuje się również w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych. Szczegółowe informacje dotyczące średniego czasu oczekiwania przedstawia tabela poniżej.

Tabela 47. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – % komórek organizacyjnych dla których średni czas oczekiwania wynosi 0, według stanu na koniec grudnia 2011, 2012, 2013 oraz 2014 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni			
	2011	2012	2013	2014
Poradnie zdrowia psychicznego	43	39	32	29
Oddziały/ośrodki	27	26	25	25

terapii uzależnienia od alkoholu				
Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	33	27	21	16
Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	17	31	28	23
Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	37	36	32	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [35]

*W 2014 r. wydrebniono nową komórkę: Poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. W 2014 r. w 67% poraniach średnia czasu oczekiwania wyniosła 0 dni.

1.4. Rozwiązania systemowe w innych krajach

Procentowy udział wydatków na opiekę psychiatryczną w odniesieniu do całkowitego budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia w krajach rozwiniętych waha się od wartości ok.3-5% (Czechy, Finlandia, Grecja) do ok.10-20% (Anglia, Francja, Holandia, Niemcy, Norwegia, Szwecja). W Polsce udział wydatków na opiekę psychiatryczną w całkowitym budżecie na ochronę zdrowia wynosi <4%.

Opieka instytucjonalna w psychiatrii realizowana jest w ramach oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz, obecnie coraz rzadziej spotykana, w ramach szpitali *stricte* psychiatrycznych. Do innych form leczenia stacjonarnego zalicza się domy opieki, hostele, ośrodki rehabilitacyjne, ośrodki opieki dziennej oraz mieszkania chronione. Opieka ambulatoryjna realizowana jest głównie przez poradnie, centra zdrowia psychicznego oraz w specjalnych jednostkach znajdujących się przy szpitalach. Obok opieki szpitalnej i ambulatoryjnej w wielu krajach funkcjonuje również opieka środowiskowa, która obejmuje pracę wielodyscyplinarnych zespołów. Coraz większą wagę przykłada się również do właściwej koordynacji udzielania świadczeń z poszczególnych zakresów, tj. opieki podstawowej, szpitalnej, ambulatoryjnej oraz środowiskowej. Często spotykana jest również integracja opieki zdrowotnej z opieką społeczną, ta druga leży głównie w gestii regionów/municipiów.

Świadczenia szpitalne z zakresu psychiatrii finansowane są na podstawie wyceny za osobodzień, w ramach opłaty za przypadek (połączonego z budżetem globalnym) lub w ramach samego budżetu globalnego. Natomiast, porady u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy specjalistów rozliczane są w ramach opłat za usługę (tzw. *fee-for service*, FFS). Finansowanie opieki długoterminowej często ustalone jest na odrębnych zasadach, a pod uwagę brana jest charakterystyka pacjentów (np. w Australii, Holandii).

Tabela 48. Finansowanie i organizacja opieki psychiatrycznej w wybranych państwach

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2012 roku [%PKB]	Finansowanie i organizacja opieki psychiatrycznej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
Anglia	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia NHS finansowane są głównie z podatków ogólnych (ok. 76%), w mniejszym stopniu z składek na ubezpieczenie społeczne (ok. 18%) – opieka szpitalna, ambulatoryjna, podstawowa opieka zdrowotna, programy profilaktyczne, leki, opieka psychiatryczna oraz częściowo świadczenia stomatologiczne; Pozostałe: wydatki prywatne pacjentów, prywatne ubezpieczenia zdrowotne 	9,3%	13,0%	<ul style="list-style-type: none"> Narodowy Fundusz Zdrowia (ok. 82%); Budżety jednostek samorządów lokalnych (ok. 18%); Budżety różnych departamentów rządowych 	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia opieki psychiatrycznej są realizowane głównie w ramach opieki podstawowej i opieki środowiskowej, wspieranych przez specjalistyczną opiekę szpitalną. Wpłynęło to na rozwinięcie współpracy pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) a władzami lokalnymi w zakresie koordynacji nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego. Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej obejmuje działalność wielodyscyplinarnych zespołów, których zadaniem jest koordynowanie opieki psychiatrycznej świadczonej na różnych poziomach. Na ten cel w 2009-2010 roku przeznaczono 11,6% środków z puli na finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej. Lżejsze przypadki (np. łagodna depresja, stany lękowe) leczone są w ramach POZ, natomiast cięższe przypadki leczone są w warunkach stacjonarnych. 	Budżet globalny; opłata za przypadek; opłata za dzień oraz zwrot poniesionych kosztów szpitala (metoda retrospektywna)
Australia	<ul style="list-style-type: none"> Powszechny obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych (Medicare) finansowany z podatków i składki ubezpieczeniowej – pokrywa opiekę ambulatoryjną, opiekę szpitalną i leki; Prywatne ubezpieczenia (komplementarno-suplementarne) obejmują prywatną opiekę szpitalną, opiekę specjalistyczną, opiekę dentystyczną, dopłaty do wizyt lekarskich, dopłaty do leków, leków nierefundowanych; Publiczny system opieki zdrowotnej zarządzany i finansowany jest z poziomu 	9,1 %	7,64%	<ul style="list-style-type: none"> Funkcjonuje publiczna i prywatna opieka psychiatryczna Finansowanie pochodzi od „płatnika trzeciej strony” (instytucje rządowe i prywatni ubezpieczyciele) oraz dopłat pacjentów (<i>ang. out of pocket</i>) Medicare finansuje opiekę psychiatryczną oferowaną przez lekarzy ogólnych (<i>ang. GP</i>) oraz specjalistów, w tym dotuje prywatne konsultacje psychiatryczne 	<ul style="list-style-type: none"> Opieka psychiatryczna koncentruje się wokół formy środowiskowej; łóżka w szpitalach psychiatrycznych są likwidowane na rzecz małych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych Podstawowe świadczenia udzielane są przez lekarzy ogólnych POZ; świadczenia specjalistyczne dostarczane przez specjalistów opieka środowiskowa, szpitale psychiatryczne, oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, opieka stacjonarna nieszpitalna] Opieka środowiskowa obejmuje pomoc kryzysową, mobilne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, programy realizowane w trybie 	<ul style="list-style-type: none"> Lekarze ogólni POZ oraz specjaliści – FFS Usługi szpitalne – DRG Opieka długoterminowa – dopłaty do opieki zależne od zarobków i niepełnosprawności pacjenta

	<p>rządowego (gł. finansowanie a nie dostarczanie usług – opieka ambulatoryjna, oraz dofinansowanie do leków i stacjonarnej opieki dla seniorów) oraz stanowego (współfinansują i zarządzają opieką szpitalną, opieką psychiatryczną i opieką środowiskową);</p> <p>▪ Prywatne podmioty dostarczają większość usług z zakresu opieki środowiskowej i dentystycznej, oferują ubezpieczenia, prowadzi szpitale i ośrodki diagnostyczne;</p> <p>▪ Stosowane metody płatności: AR-DRG w szpitalach, FFS w ambulatorium;</p>			<p>▪ Szpitalna opieka psychiatryczna jest bezpłatna dla pacjenta i finansowana poprzez międzyinstanowe porozumienia o finansowaniu szpitali (<i>ang. intergovernmental hospital funding agreements</i>);</p> <p>pobyty w prywatnych szpitalach są dotowane przez prywatne ubezpieczenia</p>	<p>dziennym, usługi pomocowe, konsultacje</p> <p>▪ Podmioty NGO prowadzą działalność informacyjną, leczniczą oraz wspierającą</p>	
Austria	<p>▪ Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne (ok. 50%);</p> <p>▪ Środki publiczne (budżet centralny, regionalne);</p> <p>▪ Dopłaty pacjentów;</p> <p>▪ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne</p> <p>W przypadku opieki długoterminowej głównym źródłem finansowania są środki publiczne pochodzące z budżetu centralnego oraz budżetów regionalnych, ich udział wynosi ok. 80%</p>	11,1 %	Brak informacji, nie ma oddzielnego budżetu	<p>▪ Ubezpieczenie zdrowotne;</p> <p>▪ Dopłaty pacjentów (współpłacenie);</p> <p>▪ Środki pochodzące z budżetu centralnego oraz budżetów poszczególnych regionów.</p> <p>Na poziomie regionalnym w finansowanie tych świadczeń zaangażowane są środki z sektora opieki zdrowotnej oraz z sektora opieki społecznej.</p>	<p>Proces deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, tj. przejścia z opieki stacjonarnej do opieki środowiskowej, obserwowany jest w większości landów.</p> <p>Koordinacja świadczeń opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej oraz opieki stacjonarnej również jest konsekwentnie wdrażana.</p>	Budżet globalny + opłata za przypadek
Belgia	<p>▪ Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne (ok. 57%);</p> <p>▪ Dopłaty pacjentów (współpłacenie) (23%);</p> <p>▪ Składki na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne i środki pochodzące z budżetu regionalnego oraz budżetów lokalnych</p>	10,9 %	6,0 %	<p>▪ Obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne;</p> <p>▪ Dopłaty pacjentów oraz podatki</p>	<p>Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego świadczone są przez następującego rodzaju świadczeniodawców:</p> <p>▪ Centra zdrowia psychicznego;</p> <p>▪ Oddziały psychiatrii w szpitalach ogólnych;</p> <p>▪ Psychiatryczne domy opieki;</p> <p>▪ Szpitale psychiatryczne;</p> <p>▪ Mieszkania dla osób wymagających opieki;</p> <p>▪ Centra rehabilitacji psychiatrycznej (leczenie uzależnień oraz centra resocjalizacyjne dla dzieci i młodzieży)</p>	Opłata za świadczenie
Czechy	<p>▪ Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne (78,4% w roku 2007);</p> <p>▪ Budżet centralny oraz budżety regionalne (7,4%);</p> <p>▪ Dopłaty pacjentów (współpłacenie)</p>	7,5%	2,9 %	<p>▪ Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne (finansowanie szpitalnych i ambulatoryjnych ośrodków opieki psychiatrycznej oraz dziennych świadczeń z zakresu opieki</p>	<p>Świadczenia zdrowia psychicznego świadczone są ambulatoryjnie oraz stacjonarnie (oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, szpitale psychiatryczne oraz instytuty psychiatrii).</p> <p>Zmiany w opiece psychiatrycznej idą w kierunku rozwinięcia opieki środowiskowej.</p>	Opłata za przypadek; zwrot poniesionych kosztów szpitala (metoda retrospektywna)

	(14,2%)			psychiatrycznej); ■ Środki z budżetu Ministra Zdrowia (różnego rodzaju ośrodki opieki zdrowotnej) oraz Ministra Pracy i Spraw Socjalnych (nierządowe organizacje typu non-profit); ■ Dopłaty pacjentów (prywatni świadczeniodawcy)		
Dania	■Publiczna opieka zdrowotna (85,5% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia) (leki, profilaktyka, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, hospitalizacje, konsultacje specjalistyczne) finansowana jest z podatków; ■Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (komplementarne lub suplementarne) pokrywające min. dodatkowe koszty terapii nieuwzględnione w ramach ubezpieczenia podstawowego;	11,0 %	8,0 %	Świadczenia te niemal całkowicie finansowane są ze środków publicznych, tj. podatków.	Organizacja stacjonarnej opieki psychiatrycznej leży w gestii poszczególnych regionów – oddziały psychiatryczne znajdują się w ogólnych szpitalach, w Danii nie ma szpitali <i>stricte</i> psychiatrycznych; Społeczna opieka psychiatryczna jest sprawowana przez municypia;	Opieka stacjonarna – finansowana w ramach DRG; Społeczna opieka psychiatryczna – personel medyczny pracujący w publicznych placówkach otrzymuje miesięczne wynagrodzenie;
Estonia	■Podstawą (ok. 65%) finansowania systemu są obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w formie celowego podatku od wynagrodzeń; Minister Spraw Socjalnych, z ogólnych podatków, finansuje ratownictwo medyczne dla nieubezpieczonych, AOS, świadczenia transportu medycznego oraz programy zdrowia publicznego; wydatki prywatne (20%) to głównie dopłaty do leków i opieki dentystycznej; ■Głównym płatnikiem jest – EHIF, zarządzający składkami pracujących; ■Wszyscy świadczeniodawcy otrzymują takie same stawki za usługi, bez względu na charakter szpitala, np. kliniczny; świadczeniodawcy z kontraktem EHIF mogą pobierać opłaty od pacjentów w zakresie wizyt ambulatoryjnych, ograniczonej liczby osobodni oraz podwyższonego standardu	5,9 %	5,8 %	■Opieka psychiatryczna finansowana jest z puli środków EHIF na specjalistyczną opiekę medyczną; ■Środki z opieki społecznej z poziomu centralnego rozdzielane do szczebli lokalnych w celu zagwarantowania niezbędnej opieki wsparcia, np. w domach opieki	■Psychiatryczna opieka realizowana głównie przez AOS (psychiatrzy, pielęgniarki psychiatryczne, psychologzy) – opieka środowiskowa; ■Opieka szpitalna (tylko oddziały szpitalne w szpitalach wieloprofilowych) zarezerwowana jest głównie dla przypadków kryzysowych, trudności diagnostycznych lub terapeutycznych; ■Domy pomocy społecznej;	■Kombinacja DRG i FFS, osobodzień – w szpitalach i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej (wyłączenie psychiatrii i rehabilitacji), kombinacja stawki kapitałowej i FFS – w POZ,

Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> ▪System opieki zdrowotnej jest zdecentralizowany, oparty głównie o municypia i dystrykty szpitalne (zrzeszenia municypiów); ▪System opieki zdrowotnej opiera się na 3 elementach: publiczna (municypalna) opieka zdrowotna (finansowana z podatków, subwencji rządowych, dopłat pacjentów), opieka prywatna (gł. ambulatoryjna; finansowana z NHI, środków prywatnych) i pracownicza (gł. prewencja, ale i leczenie; bez dopłat, ale z limitami korzystania) ▪Ze środków municypalnych (z podatków) finansowana jest opieka komunalna (poza lekami ambulatoryjnymi i kosztami transportu); z funduszy NHI (obligatoryjne ubezpieczenie zdrowotne pracujących i pracodawców, zasilane także z budżetu) finansuje się m.in. prywatną opiekę (częściowo), opiekę pracowniczą (częściowo), leki ambulatoryjne, transport, zasiłki chorobowe i macierzyńskie; ▪W opiece municypalnej funkcjonują dopłaty pacjentów, które mają określoną maksymalną jednorazową wysokość a także roczny pułap, powyżej którego pacjent nie dopłaca; oddzielny roczny pułap obowiązuje dla leków ambulatoryjnych; ▪Prywatne ubezpieczenia mają charakter suplementarny (wydatki na prywatną opiekę) oraz komplementarny (wydatki na leki ambulatoryjne) w stosunku do NHI ▪Stosowane metody płatności: NordDRG lub inne grupowanie w szpitalach, budżet historyczny – POZ, FFS – opieka ambulatoryjna 	9,1 %	3,9 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪Za zapewnienie opieki psychiatrycznej mieszkańcom danego terytorium odpowiadają municypia; ▪Poza podatkami i składkami zdrowotnymi źródła finansowania obejmują ubezpieczenie społeczne i wydatki prywatne; ▪Dopłaty pacjentów funkcjonują w szpitalach, brak w ambulatorium ▪Instytut Ubezpieczeń Społecznych częściowo refunduje koszty prywatnych psychoterapii u osób (≥ 16 r.ż.) leczonych z powodu niezdolności do pracy bądź nauki lub niemogących powrócić do pracy/ nauki bez pomocy psychoterapii; w przypadku osób < 16 r.ż. organizuje i refunduje różnorodną rehabilitację rodzinną ▪Badania z zakresu psychiatrii sądowej finansowane są z budżetu ogólnego, ale leczenie z budżetu municypium właściwego dla zamieszkania; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Opieka ambulatoryjna zlokalizowana jest w centrach zdrowia psychicznego, poradniach i przy szpitalach, zatrudniających psychiatrów, psychologów, pielęgniarki psychiatryczne i pracowników opieki społecznej; ▪Opieka instytucjonalna realizowana jest przez oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych lub szpitalach psychiatrycznych, w tym 2 szpitale centralne zajmujące się psychiatrią sądową; ▪Na pozaszpitalną opiekę długoterminową składają się domy opieki, ośrodki rehabilitacyjne, dzielone mieszkania, ośrodki opieki dziennej, mieszkania chronione ▪Opieka długoterminowa organizowana jest przez municypalną opiekę zdrowotną lub społeczną, podmioty prywatne oraz NGO; ▪Opieka pracownicza także zapewnia świadczenia psychiatryczne, gł. prewencyjne; ▪Psychiatria dzieci i młodzieży realizowana jest osobno; ▪Psychiatria sądowa realizowana jest przez 2 szpitale centralne; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Opieka ambulatoryjna – FFS; ▪Opieka stacjonarna – osobodzień (wyłączenie z DRG)
Francja	<ul style="list-style-type: none"> ▪Społeczne ubezpieczenie zdrowotne (ok. 75%); ▪Dodatkowo około 85% społeczeństwa ma komplementarne prywatne ubezpieczenie zdrowotne; 	11,6 %	12,9 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪Składki na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne są podstawowym źródłem finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej, tj. świadczeń 	<p>Funkcjonuje publiczna i prywatna opieka psychiatryczna, zarówno dla świadczeń opieki stacjonarnej jak i ambulatoryjnej. Podstawowe świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego udzielne są w centrach opieki ambulatoryjnej,</p>	<p>Świadczenia opieki stacjonarnej finansowane są w ramach budżetu globalnego.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Podatki 			<p>udzielanych w ramach opieki podstawowej oraz stacjonarnej, udzielanych przez specjalistów z zakresu psychiatrii, w centrach zdrowia psychicznego. Pacjenci z przewlekłymi chorobami psychicznymi są wyłączeni z dopłat do świadczeń.</p> <ul style="list-style-type: none"> Wizyty u psychoterapeutów i psychoanalityków finansowane są bezpośrednio przez pacjentów. W ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego możliwe jest pokrywanie dopłat pacjentów oraz opłat za pobytów pacjentów na oddziałach. 	<p>wliczając w to wizyty domowe.</p> <p>Podstawowa opieka zdrowotna nie jest formalnie zintegrowana z udzielaniem świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego.</p> <p>Wiele chorób psychicznych jest leczonych w warunkach ambulatoryjnych przez lekarzy POZ, lekarzy psychiatrów z prywatną praktyką lub psychologów.</p>	
Grecja	<ul style="list-style-type: none"> Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (31,2%); Podatki (29,1%); Wydatki pacjentów (m.in. dopłaty) (37,6%) Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (2,1%) 	9,3 %	4,4 %	bd	<p>Kierunek zmian od roku 1984 w opiece psychiatrycznej to rozwój opieki środowiskowej, centrów rehabilitacji psychiatrycznej, programów profilaktycznych oraz przeniesienie opieki stacjonarnej ze szpitali psychiatrycznych do szpitali o profilu ogólnym.</p>	bd
Hiszpania	<ul style="list-style-type: none"> Podatki (ok. 94,07% wydatków państwowych); Wydatki pacjentów – głównie dopłaty do leków; 	9,3%	3-8 % (w zależności od regionu)	<ul style="list-style-type: none"> Zasady finansowania z budżetu oraz zakres opieki psychiatrycznej zróżnicowany pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Większość środków na pokrycie opieki psychiatrycznej pochodzi ze środków budżetowych przekazywanych do budżetów regionalnych, Niejasny i mały przejrzysty „koszyk” dostępnych świadczeń psychiatrycznych. 	<p>Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego świadczone są przez następującego rodzaju świadczeniodawców:</p> <ul style="list-style-type: none"> Szpitala psychiatryczne; Szpitala ogólne z oddziałami psychiatrycznymi Centra opieki ambulatoryjnej; Centra rehabilitacji psychiatrycznej; Centra psychospołeczne; Systematycznie rozwija się opieka środowiskowa. 	Budżet globalny
Holandia	<ul style="list-style-type: none"> Finansowanie: podatki, prywatne ubezpieczenie obowiązkowe, prywatne ubezpieczenie zdrowotne (podstawowa oraz specjalistyczna opiekę lekarską, hospitalizacja, koszty wyrobów 	11,8 %	11,0 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia psychiatryczne udzielane są w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez lekarzy pierwszego kontaktu, psychologów oraz 	<ul style="list-style-type: none"> Holandia jest jednym z niewielu państw, które wprowadziły metody płatności wspierające

	<p>medycznych oraz leków), ponadto obowiązkowe ubezpieczenie (AWBZ) obejmujące opiekę długoterminową;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie suplementarne (komplementarne); ▪Podatki ogólne 				<p>psychoterapeutów. W ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej 92% pacjentów leczonych jest ambulatoryjnie a 8% stacjonarnie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪W 2012 Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o dalszej integracji podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki świadczonej w ramach centrów zdrowia psychicznego. Celem było ograniczenie liczby pacjentów leczonych w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej. Kolejnym celem polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego jest kontynuacja przesunięcia leczenia pacjentów z opieki stacjonarnej do opieki ambulatoryjnej. 	<p>zintegrowany model opieki psychiatrycznej, tj. DBC. Dodatkowym atutem systemu holenderskiego jest ocena wyników leczenia psychiatrycznego</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Opieka psychiatryczna pokrywana przez ubezpieczenie AWBZ (w tym pierwszy rok terapii), ▪ Świadczenia psychiatryczne płatne tak samo niezależnie od ubezpieczyciela w systemie „per service”
Irlandia	<ul style="list-style-type: none"> ▪Podatek ogólny (78,3%); ▪Wydatki pacjentów (m.in. dopłaty, prywatne ubezpieczenia zdrowotne) 	8,9 %	5,3 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> ▪W roku 1984 został rozpoczęty proces deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Stacjonarna opieka psychiatryczna została przesunięta ze szpitali psychiatrycznych do oddziałów w szpitalach o profilu ogólnym. ▪W Irlandii funkcjonuje psychiatryczna opieka środowiskowa. Tworzone są wielodyscyplinarne zespoły, których zadaniem jest udzielanie wsparcia pacjentom w środowisku, w którym żyją. 	Budżet globalny
Kanada	<ul style="list-style-type: none"> ▪Podatki Publiczne (70% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, POZ, hospitalizacja) ▪ 67% Kanadyjczyków posiada uzupełniające dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne ▪Wydatki prywatne stanowią 13,4 % całkowitych wydatków na ochronę zdrowia) ▪Stosunek publicznych do prywatnych ubezpieczeń wynosi 70:30 	10,9 %	7,2 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪Środki pochodzące z budżetu centralnego oraz budżetów poszczególnych regionów ▪Prywatne ubezpieczenie zdrowotne ▪Bezpośrednie wydatki pacjentów <p>Wiele usług lekarza psychologa jest w dużej mierze prywatne oraz są opłacane w ramach pakietów gwarantowanych przez pracodawców</p>	<p>Istnieją usługi, które są niezbędne do dobrego zdrowia oraz samopoczucia ale CHA nie wymaga od prowincji świadczenia tych usług w ramach powszechnego ubezpieczenia. Jeżeli określona prowincja nie zapewnia dostępu do świadczeń, muszą być pokryte z prywatnych funduszy obywateli. Zgodnie z definicją zawartą w CHA, usługi opieki psychiatrycznej nie są technicznie "medycznie konieczne", jednak według Światowej Organizacji Zdrowia, poprawa zdrowia psychicznego jest kluczowym aspektem ogólnego zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek, społeczeństw i państw.</p>	Budżet globalny; opłata za przypadek; opłata za świadczenie
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> ▪Ubezpieczenie zdrowotne (92% publiczne; 8% prywatne) ▪Dopłaty pacjentów (współpłacenie) 	11,3 %	11,0 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne pokrywa koszty leczenia stacjonarnego 	<p>Opieka zdefiniowana poprzez system PEEP*-kategorii grupujących pacjentów pod kątem zdiagnozowanej jednostki chorobowej, w obrębie</p>	PEPP

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leczenie ambulatoryjne oraz środowiskowe pokrywane ze środków obowiązkowego lub dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego – „<i>fee for service</i>” 	danej kategorii istnieją ściśle zdefiniowane świadczenia/procedury dostępne dla pacjenta płacone degresywnie w zależności od długości pobytu pacjenta	
Norwegia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podatki ogólne (85%); ▪ Dopłaty pacjentów (15%) 	9,3 %	18,0 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieka psychiatryczna pokrywana ze środków centralnych przekazywanych organizacjom oraz jednostkom zajmującym się leczeniem chorych z problemami psychiatrycznymi, uzależnionymi od a. alkoholu oraz narkotyków Stoła niewielką opłatą za opiekę psychiatryczną (wizyty u lekarza, psychologa/psychoterapeuty) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podstawowa opiekę sprawuje lekarz pierwszego kontaktu (o ile to konieczne włączana jest opieka pielęgniarska oraz psychologa/psychoterapeuty) ▪ Centra opieki psychiatrycznej świadczące kompleksową opiekę w tym pomoc pracownika socjalnego ▪ Leczenie zamknięte odbywa się w oddziałach psychiatrycznych wyodrębnionych w ramach szpitala ogólnego ▪ Niewielką rolę w ogólnym systemie opieki odgrywają prywatne szpitale psychiatryczne (leczenie uzależnień od alkoholu, narkotyków, zaburzeń żywienia) 	Budżet globalny
Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podatki ogólne (Medicare oraz Medicaid) ▪ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne/planu zdrowotne 	16,9%	6,2%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Większość planów zdrowotnych finansuje leczenie stacjonarne, ambulatoryjne, świadczenia medyczne udzielane w sytuacjach nagłych oraz leki wydawane na receptę. Inne plany zdrowotne dodatkowo mogą finansować np. świadczenia udzielane w grupach wsparcia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integracja opieki z zakresu zdrowia psychicznego oraz podstawowej opieki zdrowotnej jest ograniczona, wiele planów zdrowotnych (ubezpieczycieli) przesuwają świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego do organizacji o nazwie MBHOs (ang. <i>managed behavioral health care organizations</i>). ▪ Inne wdrożone modele opieki to domy opieki zdrowotnej Medicaid oraz centra opieki środowiskowej. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Świadczenia opieki psychiatrycznej udzielane są przez różnego rodzaju świadczeniodawców i finansowane w różny sposób w zależności od rodzaju planu zdrowotnego. ▪ System IPF PPS
Szwajcaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne; ▪ Dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne; ▪ Dopłaty pacjentów (współpłacenie); ▪ Budżety regionalne 	11,4 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubezpieczenie społeczne (opieka ambulatoryjna, opieka szpitalna) ▪ Budżety regionalne (opieka szpitalna) ▪ Dopłaty pacjentów (opieka ambulatoryjna) 	<p>Stacjonarna opieka psychiatryczna udzielana jest zarówno przez publicznych i prywatnych świadczeniodawców, w ramach tej opieki leczeni są pacjenci z cięższymi schorzeniami.</p> <p>Świadczenia w ośrodkach opieki dziennej oraz ośrodkach opieki społecznej finansowane z budżetu poszczególnych regionów, w ramach tej opieki liczni są pacjenci z chorobami psychicznymi o łagodniejszym przebiegu.</p>	<p>Świadczenia ambulatoryjne są finansowane na podstawie opłaty za usługę (tzw. FFS);</p> <p>Świadczenia stacjonarne są finansowane na podstawie opłaty za dzień</p> <p>Budżet globalny;</p>
Szwecja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubezpieczenie zdrowotne finansowane z podatków ▪ Obowiązkowa niewielka dopłata za opiekę medyczną oraz pobyt w szpitalu ▪ Możliwość dodatkowego prywatnego 	9,6 %	10,0 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieka psychiatryczna finansowana z ubezpieczenia zdrowotnego ▪ Dodatkowe niewielka opłata za wizytę u specjalisty, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osoby niewymagające hospitalizacji prowadzone są przez lekarza pierwszego kontaktu/ psychologa/ psychoterapeuty; ▪ Osoby z poważnymi problemami kierowane 	bd

	ubezpieczenia			psychologa/psychoterapeuty ▪ ok. 7% opieki psychiatrycznej finansowana jest tylko ze środków prywatnych	są do opieki szpitalnej	
Włochy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubezpieczenie zdrowotne finansowane z podatków (75%) ▪ Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (suplementarne) (ok. 30%) 	9,2%	5,0 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopłata (stałą stawka) za wizytę u specjalisty w ośrodkach prowadzących opiekę psychiatryczną (centra medyczne, w tym diagnostyczno-medyczne, oddziały szpitalne oraz pozostałą opiekę stacjonarną)- opłata zwracana przez płatnika/ubezpieczyciela 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieka ambulatoryjna sprawowana przez multidyscyplinarny zespół (psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, psychoterapeuta) ▪ Opieka ambulatoryjna odbywa się w centrach medyczno-diagnostycznych (kompleksowa opieka lekarska, psychologiczna, pielęgniarska) ▪ Opieka środowiskowa – centra opiekuńcze psychoterapii oraz pomocy doraźnej ▪ Opieka szpitalna w ramach oddziałów psychiatrycznych 	bd

bd – brak danych;

Źródła: [36][[37]][38][39][40][9]

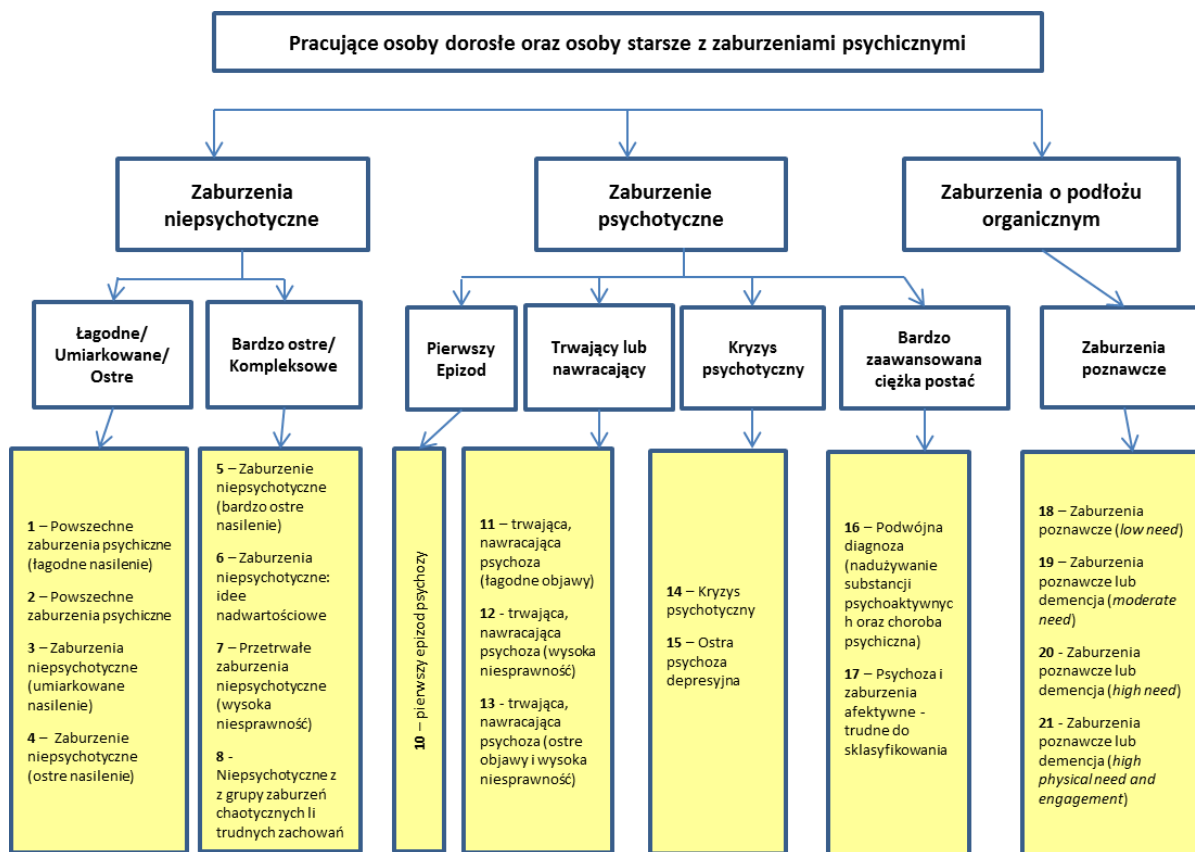
Grupowanie świadczeń opieki psychiatrycznej w jednorodne grupy

Klasyfikacja pacjentów w jednorodne grupy na podstawie diagnozy nie jest najodpowiedniejszym podejściem w przypadku świadczeń stacjonarnej opieki psychiatrycznej, ponieważ nie są to jednocześnie grupy jednorodne pod względem ciężkości przebiegu choroby, długości hospitalizacji oraz wysokości poniesionych kosztów. Finansowanie świadczeń opieki psychiatrycznej w ramach jednorodnych grup pacjentów, w niektórych państwach europejskich, doprowadziło do niedofinansowania tego zakresu świadczeń z uwagi na nieuwzględnienie wszystkich istotnych kosztów związanych z przewlekłym leczeniem psychiatrycznym. [12] Poniżej przedstawiono podejście do tworzenia jednorodnych grup pacjentów, w krajach dla których odnaleziono informacje na ten temat.

Anglia

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w ramach jednorodnych grup w Anglii dotyczy jedynie pacjentów dorosłych. Do klasyfikacji pacjentów stosowane jest odpowiednie narzędzie, tj. *Mental Health Clustering Tool*, opierające się na skalach służących do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów - HoNOS (ang. *Health of the Nation Outcome Scales*) oraz SARN (ang. *Summary of Assessments of Risk and Need*). Zatem klasyfikacja angielska grupuje pacjentów na podstawie ich potrzeb zdrowotnych a nie wysokości kosztów poniesionych na ich leczenie. Świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii zostały sklasyfikowane w 21 grupach, przy czym grupa 9⁸ do tej pory pozostaje pusta. Pacjent może być przyporządkowany tylko do jednej grupy, sklasyfikowanie w kolejnych grupach wymaga zakończenia leczenia w ramach wcześniejszej grupy [41].

Rysunek 7. Klasyfikacja pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w ramach jednorodnych grup w Anglii.



Źródło: [41]

⁸ Wstępnie grupa 9 obejmowała pacjentów nadużywających substancje psychoaktywne, których potrzeby nie są zaspokajane w warunkach opieki podstawowej. Pacjenci ci są kierowani innymi niż standardowe ścieżki postępowania z pacjentami z uzależnieniami.

Wstępna ocena tej metody płatności wskazuje na dużą zmienność kosztów w obrębie poszczególnych grup oraz duży odsetek błędów popełnianych przez świadczeniodawców w trakcie grupowania – nieznajomość MHCT, słaba jakość danych o pacjencie, brak początkowych danych o pacjencie [42].

Ponadto, szereg świadczeń opieki psychiatrycznej został wyłączony z tej klasyfikacji, należą do nich [43]:

- świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży;
- świadczenia psychiatrii sądowej oraz świadczenia psychiatryczne realizowane w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia;
- świadczenia psychiatryczne realizowane u kobiet w okresie okołoporodowym;
- świadczenia psychiatryczne, specjalistyczne z zakresu zaburzeń odżywiania;
- świadczenia psychiatryczne dla pacjentów ze zdiagnozowaną dezaprobatą płci;
- świadczenia psychiatryczne, specjalistyczne dla pacjentów głuchych;
- świadczenia psychiatryczne dla pacjentów z ostrymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz dysmorficznymi;
- świadczenia psychiatryczne dla pacjentów dorosłych z zaburzeniami osobowości o przebiegu ostrym;
- świadczenia psychiatryczne specjalistyczne z zakresu leczenia uzależnień;
- świadczenia specjalistycznej terapii psychologicznej;
- świadczenia dla osób z trudnościami w uczeniu się (trudności niezwiązane z obecnością zaburzeń psychicznych);
- świadczenia dla pacjentów z nabytymi uszkodzeniami mózgu;
- świadczenia dla pacjentów z kompleksowymi i/lub opornymi na leczenie zaburzeniami wymagającymi leczenia w ośrodkach wyspecjalizowanych;
- świadczenia specjalistyczne dla pacjentów z autyzmem oraz z zespołem aspergera;
- świadczenia psychiatrii konsultacyjnej (ang. *liason psychological medicine*)⁹;
- świadczenia udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Aktualnie trwają prace nad sklasyfikowaniem niektórych z w/w zakresów w ramach jednorodnych grup.

Australia [44]

Od lipca 2013 r. szpitalna opieka psychiatryczna (ang. *admitted acute patients*) w Australii rozliczana jest przy zastosowaniu klasyfikacji Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). Pozostałe formy opieki finansowane są za pomocą systemu blokowego (ang. *block funded*).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień rozpisana została na 21 grup, z uwzględnieniem m.in. rozpoznania, wieku, ciężkości stanu, komplikacji, długości pobytu dla niektórych z grup.

AR-DRG, w dłuższym okresie, nie sprawdziła się w przypadku psychiatrii, głównie ze względu na fakt, iż w przeciwieństwie do ostrych przypadków, w opiece psychiatrycznej, diagnoza nie koresponduje tak silnie z zużyciem zasobów. Dotychczasowe doświadczenia i przegląd literatury wskazują na dużą rolę także takich czynników jak: komplikacje i choroby współistniejące, nasilenie objawów, funkcjonowanie.

Aktualnie trwają prace nad nową, oddzielną klasyfikacją dla psychiatrii - AMHCC (Australian Mental Health Care Classification), która obejmie nie tylko opiekę szpitalną, ale także ambulatoryjną i środowiskową. Na rok 2015 i 2016 zaplanowano systematyczne zbieranie danych z systemów administracyjnych, finansowych i medycznych świadczeniodawców. Wdrożenie nowego systemu planowane jest od lipca 2016 r.

⁹ Obejmuje tworzenie i rozwijanie współpracy oraz integrowanie wiedzy z zakresu nauk biologicznych, psychologicznych i społecznych; jest to również działalność edukacyjna w stosunku do lekarzy innych specjalności i pozostałych pracowników niepsychiatrycznej służby zdrowia oraz prowadzenie badań naukowych nad problematyką psychiatryczną w medycynie somatycznej i odwrotnie (Rymaszewska 2007)

Tabela 49. AR-DRG V7.0 dla psychiatrii

AR-DRG V7.0	Description	Same-Day Payment List	Bundled ICU	ALOS (excluding designated SD and unbundled ICU)	Inlier Bounds		Adjustments		Price Weights				
					Lower Bound	Upper Bound	Private Patient Service Adj.	Paediatric Adj.	Same Day	Short-Stay Outlier Base	Short-Stay Outlier Per Diem	Inlier	Long-Stay Outlier Per Diem
U40Z	Mental Health Treatment W ECT, Sameday	-	-	1,0	1	1	12%	100%	-	-	-	0,1903	-
U60Z	Mental Health Treatment W/O ECT, Sameday	-	-	1,0	1	1	4%	179%	-	-	-	0,1225	-
U61A	Schizophrenia Disorders, Involuntary Admission	-	-	29,4	20	46	1%	100%	-	-	0,3470	6,9405	0,1860
U61B	Schizophrenia Disorders	-	-	17,4	11	27	1%	100%	-	-	0,3899	4,2888	0,1898
U62A	Paranoia & Acute Psyc Disorders, Involuntary Admission or W Cat or Sev CC	-	-	17,0	11	25	3%	100%	-	-	0,3942	4,3364	0,2052
U62B	Paranoia & Acute Psyc Disorders W/O Cat or Sev CC	-	-	9,6	6	15	4%	182%	-	-	0,4363	2,6178	0,1967
U63A	Major Affective Disorders Age >=70 or W Catastrophic or Severe CC	-	-	30,1	19	44	3%	100%	-	-	0,3889	7,3894	0,1982
U63B	Major Affective Disorders Age <70 W/O Catastrophic or Severe CC	-	-	14,7	10	23	1%	179%	-	-	0,4077	4,0770	0,2077
U64Z	Other Affective and Somatoform Disorders	-	-	8,1	5	12	2%	156%	-	-	0,4362	2,1809	0,2006
U65Z	Anxiety Disorders	-	-	5,3	3	8	6%	187%	-	-	0,4656	1,3969	0,2112
U66Z	Eating and Obsessive-Compulsive Disorders	-	-	19,5	13	30	3%	110%	-	-	0,4512	5,8654	0,2346
U67Z	Personality Disorders and Acute Reactions	-	-	5,8	3	9	2%	159%	-	-	0,4930	1,4789	0,2074
U68Z	Childhood Mental Disorders	-	-	10,4	5	13	2%	149%	-	-	0,6092	3,0462	0,2718
V60A	Alcohol Intoxication and Withdrawal W CC	-	-	4,5	2	6	11%	100%	-	-	0,4987	0,9974	0,2073
V60B	Alcohol Intoxication and Withdrawal W/O CC	-	-	2,4	1	4	11%	80%	-	-		0,4066	0,2362
V61Z	Drug Intoxication and Withdrawal	-	-	7,4	4	11	3%	100%	-	-	0,4792	1,9168	0,2156
V62Z	Alcohol Use and Dependence	-	-	6,3	3	9	4%	100%	-	-	0,4860	1,4579	0,1908
V63Z	Opioid Use and Dependence	-	-	5,4	3	8	5%	100%	-	-	0,3740	1,1219	0,1643
V64Z	Other Drug Use and Dependence	-	-	5,4	3	8	4%	100%	-	-	0,3703	1,1108	0,1694
V65Z	Treatment for Alcohol Disorders, Sameday	-	-	1,0	1	1	14%	136%	-	-	-	0,1211	-
V66Z	Treatment for Drug Disorders, Sameday	-	-	1,0	1	1	5%	100%	-	-	-	0,1094	-

Źródło: [45]

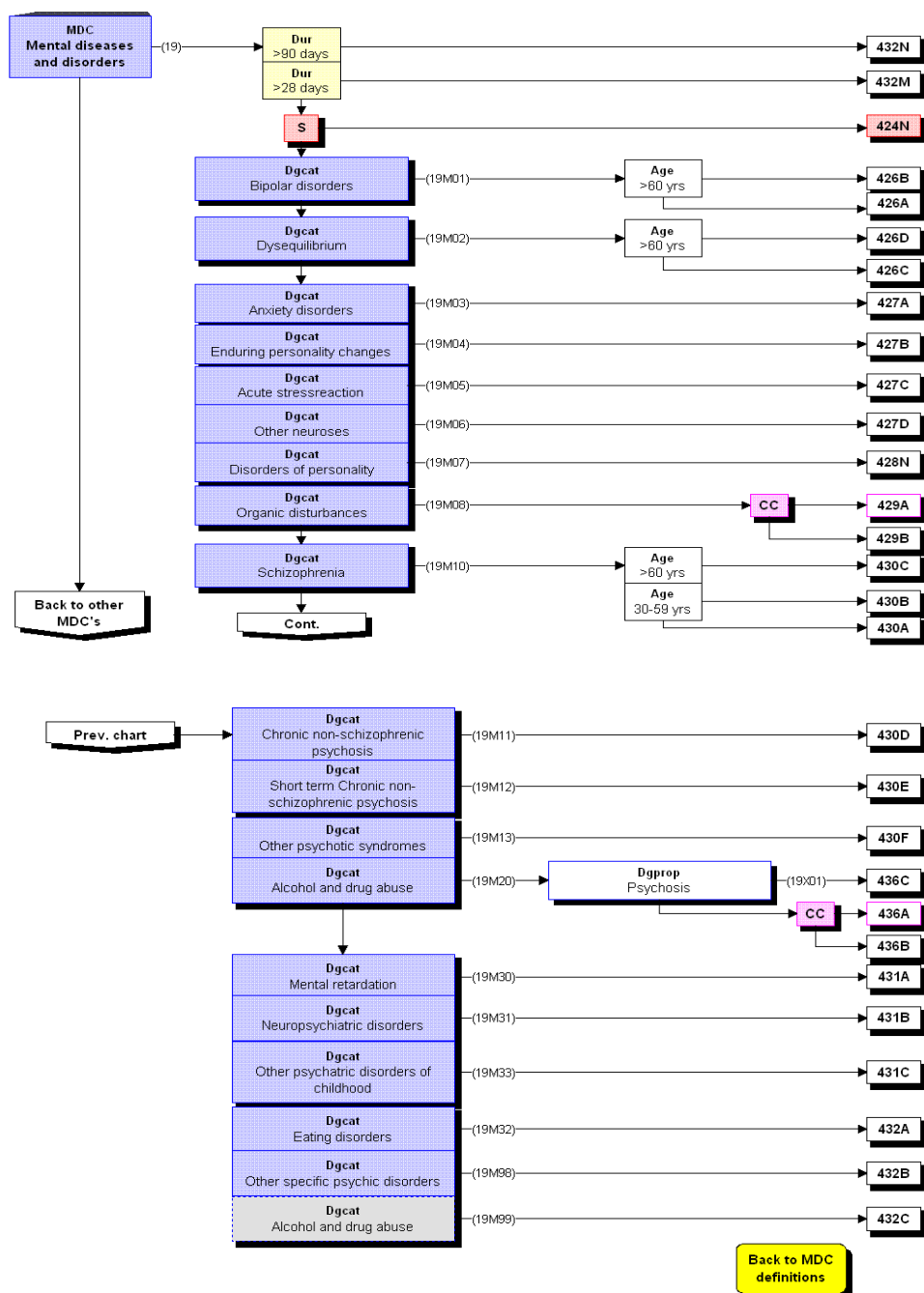
Estonia

Opieka psychiatryczna w Estonii finansowana jest na kilka sposobów [46]:

- ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych i dzieci rozliczane są za wizyty;
- hospitalizacja psychiatryczna i hospitalizacja psychiatryczna dla dzieci są finansowane przez osobodzień (do 20 dni) podobnie jak hospitalizacja w ostrym epizodzie (bez limitu dni);
- sesje psychoterapii (indywidualne i zbiorowe oraz rodzinne) oraz testy psychologiczne finansowane są za procedurę;
- pozostałe – DRG (27 grup).

Estońska wersja systemu DRG wywodzi się z NordDRG, dla którego dostosowano wagi. Dla psychiatrii funkcjonuje aktualnie 27 grup, których ogólną charakterystykę przedstawia poniższy rysunek oraz tabela.

Rysunek 8. DRG dla psychiatrii w Estonii



źródło: [47]

Tabela 50. Wycena grup DRG psychiatrycznych w Estonii

Nazwa grupy	Kod	Wycena w EUR	Pozostałe świadczenia udzielane w tym samym czasie – min i max	
Główne rozpoznanie chirurgiczne przy towarzyszącej chorobie psychicznej, krótkie leczenie [est. <i>Psüühilise haiguse põhidiagnoosi korral tehtud operatsioon, lühike ravi</i>]	424O	673,69	404,21	1010,54
Główne rozpoznanie chirurgiczne przy towarzyszącej chorobie psychicznej [est. <i>Psüühilise haiguse põhidiagnoosi korral tehtud operatsioon</i>]	424N	673,69	404,21	1010,54
Zaburzenia dwubiegunowe, wiek <60	426A	298,16	50,13	1045,91
Inne zaburzenia nastroju, wiek <60	426C	440,33	50,13	1025,07
Inne zaburzenia nastroju, wiek > 59	426D	697,79	50,13	2066,01
Zaburzenia dwubiegunowe, wiek > 59	426B	283,96	170,38	425,94
Zaburzenia lękowe	427A	524,5	50,13	1004,29
Trwale zmiany osobowości	427B	530,16	50,13	1248
Reakcja ostrego stresu	427C	227,13	50,13	340,69
Inne nerwice	427D	455,24	50,13	1238,29
Zaburzenia osobowości	428N	485,57	229,36	1125,49
Zaburzenia psychiczne organiczne [est. <i>Orgaanilised psüühikahäired, khtga</i>]	429A	669,38	50,13	1260,38
Zaburzenia psychiczne organiczne [est. <i>Orgaanilised psüühikahäired, khtta</i>]	429B	507,43	50,13	1305
Schizofrenia, wiek <30	430A	250,45	50,13	452,13
Schizofrenia, wiek 30-59	430B	479,05	50,13	1509,53
Schizofrenia, wiek > 59	430C	343,58	50,13	2228,98
Przewlekłe psychozy [est. <i>Krooniline mitteskisofreeniline psüühhoos</i>]	430D	326,03	50,13	1540,69
Upośledzenie umysłowe	431A	689,54	166,58	1620,84
Neuropsychiatria	431B	584,63	50,13	1751,12
Inne zaburzenia psychiczne z dzieciństwa	431C	411,82	50,13	1561,7
Zaburzenia odżywiania	432A	530,85	110,52	1088,29
Inne specyficzne zaburzenia psychiczne	432B	416,71	50,13	2155,97
Inne niespecyficzne zaburzenia psychiczne	432C	215,45	50,13	602,47
Psychiatryczna rehabilitacja	432M	1651,44	50,13	13423,64
Inne zaburzenia pokrewne, khtga [est. <i>Muud kuritarvitamisega seotud häired, khtga</i>]	436A	1053,56	50,13	2251,93
Inne zaburzenia pokrewne, khtta [est. <i>Muud kuritarvitamisega seotud häired, khtta</i>]	436B	384,11	50,13	794,66
Psychozy związane z nadużyciem substancji [est. <i>Kuritarvitamisega seotud psüühhoos</i>]	436C	359,02	50,13	752,74

Źródło: [48] (tłumaczenie własne z języka estońskiego)

Holandia

Holenderskie jednorodne grupy pacjentów opierają się na samodzielnie opracowanym systemie klasyfikowania pacjentów na podstawie tzw. konglomeratów diagnostyczno-terapeutycznych, DBC (holend. *Diagnose Behandelings Combinatie*). W przeciwieństwie do systemów DRG funkcjonujących w innych państwach, większość grup DBC obejmuje opiekę świadczoną od momentu pierwszego kontaktu z lekarzem specjalistą do zakończenia leczenia [49]. Prace nad stworzeniem jednorodnych grup dla świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii rozpoczęto w roku 2006 [50]. Finansowanie opieki psychiatrycznej na podstawie DBC rozpoczęto w 2008, przy czym okres przejściowy trwał do roku 2010 (w tym czasie szpitale nie ponosiły ryzyka finansowego związanego z finansowaniem na podstawie DBC) [51]. Liczba grup DBC dla psychiatrii jest aktualizowana corocznie, w roku 2015 obowiązuje 121 grup wydzielonych z uwagi na rozpoznanie oraz czas trwania leczenia, dodatkowe taryfy są wyznaczane również dla pobytów pacjentów np. w ośrodkach opieki dziennej lub klinikach.

Wysokość taryfy jest zależna od diagnozy, długości leczenia, rodzaju terapii oraz długości pobytu i została określona na podstawie informacji o rzeczywistym nakładzie pracy, zużyciu materiałów oraz wysokości kosztów kapitału. Dodatkowo, oceniana jest jakość świadczonych usług medycznych oraz wyniki zdrowotne

uzyskiwane przez pacjentów. W sytuacji, gdy świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są pacjentowi przez okres dłuższy niż 1 rok, opieka ta jest określana jako długoterminowa i finansowana jest na odrębnych zasadach określonych w Ustawie o szczególnych kosztach medycznych (AWBZ). Wysokość finansowania zależy wtedy od intensywności udzielania świadczeń oraz bierze pod uwagę m.in. charakterystykę pacjenta, warunki realizacji świadczenia oraz czas personelu medycznego przeznaczony na pacjent [50].

Klasyfikacja w ramach grup DBC uwzględnia rozpoznanie (na podstawie DSM-IV-TR) oraz długość leczenia, przy czym nie każda pojedyncza procedura wykonana nad pacjentem jest jednakowo ważona, wyższą wagę mają procedury, w których czas lekarza poświęcony jest jednemu pacjentowi a nie grupie pacjentów. Przykładowo, gdy pacjent ma indywidualne zajęcia z psychiatrą to 8h zajęć faktycznie 480 minut, jednak gdy są to zajęcia grupowe to np. 10h liczone jest jako 150 minut a 3-dniowemu pobytowi pacjenta na oddziale odpowiada 180 minut. Poszczególne procedury (ich ważone czasy trwania) są sumowane i na tej podstawie wyznacza jest wartość refundacji (brana jest pod uwagę wartość ostatniego przekroczonego progu) [51].

Rysunek 9. Wyznaczanie wartości stawki dla DBC (przykład dla rozpoznania depresja).

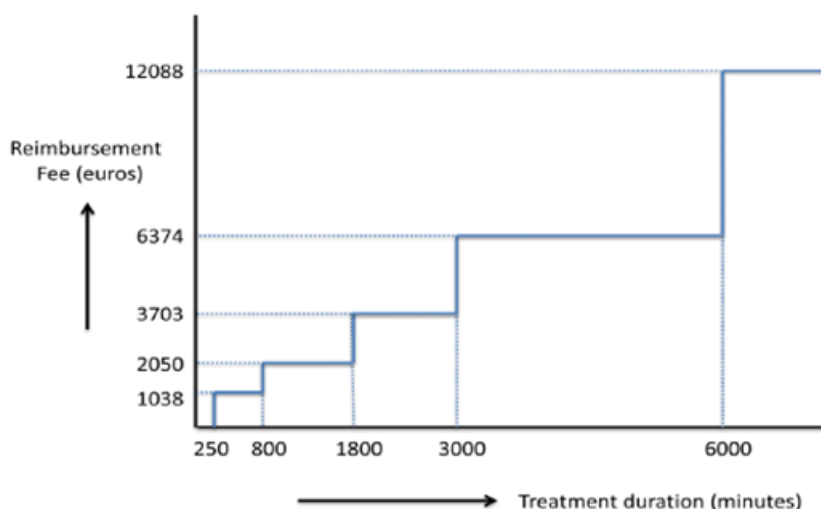


Tabela 51. Grupy DBC dla psychiatrii w roku 2015

Kod	Nazwa	Taryfa
Produkty specjalne		
Diagnostyka		
007	Diagnostyka – od 0 do 99 minut	190,10 €
008	Diagnostyka – od 100 do 199 minut	295,49 €
009	Diagnostyka – od 200 do 399 minut	589,17 €
162	Diagnostyka – od 400 do 799 minut	1 116,61 €
307	Diagnostyka – od 800 minut	1 917,72 €
Kryzys psychiczny		
013	Kryzys psychiczny – od 0 do 99 minut	141,42 €
014	Kryzys psychiczny – od 100 do 199 minut	311,49 €
015	Kryzys psychiczny – od 200 do 399 minut	581,73 €
016	Kryzys psychiczny – od 400 do 799 minut	1086,66 €
165	Kryzys psychiczny – od 800 do 1199 minut	1837,66 €
213	Kryzys psychiczny – od 1200 do 1799 minut	2744,33 €
214	Kryzys psychiczny – od 1800 minut	4316,34 €
Produkty: leczenie krótkoterminowe		
215	Leczenie krótkoterminowe – od 0 do 99 minut	134,74 €
216	Leczenie krótkoterminowe – od 100 do 199 minut	322,67 €
217	Leczenie krótkoterminowe – od 200 do 399 minut	620,44 €
264	Leczenie krótkoterminowe – od 400 minut	1035,16 €
Produkty: leczenie długoterminowe oraz leczenie intensywne		
Deficyt uwagi i zaburzenia behawioralne		

027	Deficyt uwagi i zachowań – od 250* do 799 minut	1197,34 €	
169	Deficyt uwagi i zachowań – od 800 do 1799 minut	2565,30 €	
030	Deficyt uwagi i zachowań – od 1800 do 2999 minut	4575,64 €	
031	Deficyt uwagi i zachowań – od 3000 do 5999 minut	7489,46 €	
131	Deficyt uwagi i zachowań – od 6000 do 11999 minut	15345,64 €	
170	Deficyt uwagi i zachowań – od 12000 do 17999 minut	232233,00 €	
221	Deficyt uwagi i zachowań – od 18000 do 23999 minut	35861,93 €	
222	Deficyt uwagi i zachowań – od 24000 minut	43202,99 €	
Zaburzenia całościowe			
033	Zaburzenia całościowe – od 250 do 799 minut	1145,42 €	
172	Zaburzenia całościowe – od 800 do 1799 minut	2277,90 €	
223	Zaburzenia całościowe – od 1800 do 2999 minut	4179,60 €	
038	Zaburzenia całościowe – od 3000 do 5999 minut	7254,44 €	
133	Zaburzenia całościowe – od 6000 do 11999 minut	13923,12 €	
173	Zaburzenia całościowe – od 12000 do 17999 minut	26620,03 €	
224	Zaburzenia całościowe – od 18000 do 23999 minut	35632,43 €	
225	Zaburzenia całościowe – od 24000 minut	49284,68 €	
Inne zaburzenia wieku dziecięcego			
040	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 250 do 799 minut	1246,55 €	
041	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 800 do 1799 minut	2559,85 €	
042	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 1800 do 2999 minut	4472,16 €	
135	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 3000 do 5999 minut	7235,70 €	
175	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 6000 do 11999 minut	16248,19 €	
226	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 12000 do 17999 minut	27850,41 €	
227	Inne zaburzenia wieku dziecięcego – od 18000 minut	41016,03 €	
Delirium, demencja, amnezja i inne zaburzenia kognitywne (poznawcze?)			
228	Delirium, demencja i inne – od 250 do 799 minut	1203,91 €	
229	Delirium, demencja i inne – od 800 do 1799 minut	2279,58 €	
048	Delirium, demencja i inne – od 1800 do 2999 minut	4110,58 €	
049	Delirium, demencja i inne – od 3000 do 5999 minut	7078,16 €	
137	Delirium, demencja i inne – od 6000 do 11999 minut	13823,29 €	
177	Delirium, demencja i inne – od 12000 do 17999 minut	25741,41 €	
178	Delirium, demencja i inne – od 18000 minut	36492,70 €	
Zaburzenia spowodowane alkoholem		Podstawa	Max
051	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 250 do 799 minut	1102,86 €	1553,01 €
052	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 800 do 1799 minut	2213,61 €	3008,46 €
053	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 1800 do 2999 minut	4125,75 €	4832,50 €
054	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 3000 do 5999 minut	7193,22 €	9054,28 €
139	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 6000 do 11999 minut	14106,84 €	16987,84 €
179	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 12000 do 17999 minut	24303,66 €	28327,63 €
180	Zaburzenia spowodowane alkoholem – od 18000 minut	45719,83 €	49508,12 €
Zaburzenia spowodowane innymi substancjami psychoaktywnymi		Podstawa	Max
056	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 250 do 799 minut	1119,39 €	1544,45 €
181	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 800 do 1799 minut	2193,61 €	3053,29 €
059	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 1800 do 2999 minut	4053,73 €	5821,86 €
060	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 3000 do 5999 minut	7425,00 €	10321,65 €
141	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 6000 do 11999 minut	13913,80 €	20403,58 €
182	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 12000 do 17999 minut	23808,27 €	28448,44 €
183	Zaburzenia spowodowane innymi substancjami – od 18000 minut	47952,88 €	51147,09 €
Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne			
230	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 250 do 799 minut	1229,01 €	
184	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 800 do 1799 minut	2363,85 €	

066	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 1800 do 2999 minut	4410,87 €
067	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 3000 do 5999 minut	7635,89 €
068	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 6000 do 11999 minut	14161,42 €
143	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 12000 do 17999 minut	24105,83 €
144	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 18000 do 23999 minut	34163,22 €
185	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 24000 do 29999 minut	41354,87 €
186	Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – od 300000 minut	67531,38 €
Zaburzenia depresyjne		
231	Zaburzenia depresyjne – od 250 do 799 minut	1292,25 €
232	Zaburzenia depresyjne – od 800 do 1799 minut	2571,36 €
233	Zaburzenia depresyjne – od 1800 do 2999 minut	4562,29 €
234	Zaburzenia depresyjne – od 3000 do 5999 minut	7829,21 €
235	Zaburzenia depresyjne – od 6000 do 11999 minut	15295,56 €
146	Zaburzenia depresyjne – od 12000 do 17999 minut	25027,94 €
187	Zaburzenia depresyjne – od 18000 do 23999 minut	37421,44 €
188	Zaburzenia depresyjne – od 24000 minut	48612,90 €
Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju		
189	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 250 do 799 minut	1297,65 €
236	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 800 do 1799 minut	2517,36 €
190	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 1800 do 2999 minut	4562,29 €
087	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 3000 do 5999 minut	7829,21 €
148	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 6000 do 11999 minut	15295,56 €
191	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 12000 do 17999 minut	25027,94 €
192	Zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju – od 18000 minut	40239,41 €
Zaburzenia lękowe		
237	Zaburzenia lękowe – od 250 do 799 minut	1264,63 €
238	Zaburzenia lękowe – od 800 do 1799 minut	2589,77 €
239	Zaburzenia lękowe – od 1800 do 2999 minut	4639,16 €
193	Zaburzenia lękowe – od 3000 do 5999 minut	7545,80 €
194	Zaburzenia lękowe – od 6000 do 11999 minut	15889,42 €
150	Zaburzenia lękowe – od 12000 do 17999 minut	27326,95 €
195	Zaburzenia lękowe – od 18000 do 23999 minut	37692,60 €
196	Zaburzenia lękowe – od 24000 minut	45549,35 €
Inne		
242	Inne – od 250 do 799 minut	1292,52 €
203	Inne – od 800 do 1799 minut	2618,50 €
118	Inne – od 1800 do 2999 minut	4676,98 €
119	Inne – od 3000 do 5999 minut	7795,29 €
156	Inne – od 6000 do 11999 minut	15747,57 €
204	Inne – od 12000 do 17999 minut	26119,82 €
205	Inne – od 180000 minut	42319,21 €
Zaburzenia osobowości		
121	Zaburzenia osobowości – od 250 do 799 minut	1211,00 €
206	Zaburzenia osobowości – od 800 do 1799 minut	2539,69 €
243	Zaburzenia osobowości – od 1800 do 2999 minut	4531,21 €
207	Zaburzenia osobowości – od 3000 do 5999 minut	7938,78 €
208	Zaburzenia osobowości – od 6000 do 11999 minut	14374,68 €
158	Zaburzenia osobowości – od 12000 do 17999 minut	23782,10 €
209	Zaburzenia osobowości – od 18000 do 23999 minut	34596,95 €
244	Zaburzenia osobowości – od 24000 do 29999 minut	48497,50 €

245	Zaburzenia osobowości – od 30000 minut	65733,86 €
Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną		
246	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 250 do 799 minut	1303,81 €
247	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 800 do 1799 minut	2592,08 €
248	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 1800 do 2999 minut	4575,09 €
249	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 3000 do 5999 minut	7260,43 €
250	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 6000 do 11999 minut	14405,88 €
251	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną – od 12000 minut	24959,47 €
Zaburzenia żywienia		
252	Zaburzenia żywienia – od 250 do 799 minut	1213,11 €
253	Zaburzenia żywienia – od 800 do 1799 minut	2484,81 €
254	Zaburzenia żywienia – od 1800 do 2999 minut	4453,71 €
255	Zaburzenia żywienia – od 3000 do 5999 minut	7391,87 €
256	Zaburzenia żywienia – od 6000 do 11999 minut	14834,13 €
257	Zaburzenia żywienia – od 11999 do 17999 minut	22386,31 €
258	Zaburzenia żywienia – od 18000 minut	33017,05 €

*leczenie trwające krócej niż 250 minut przypisane jest do podstawowej opieki zdrowotnej

Źródło: [52].

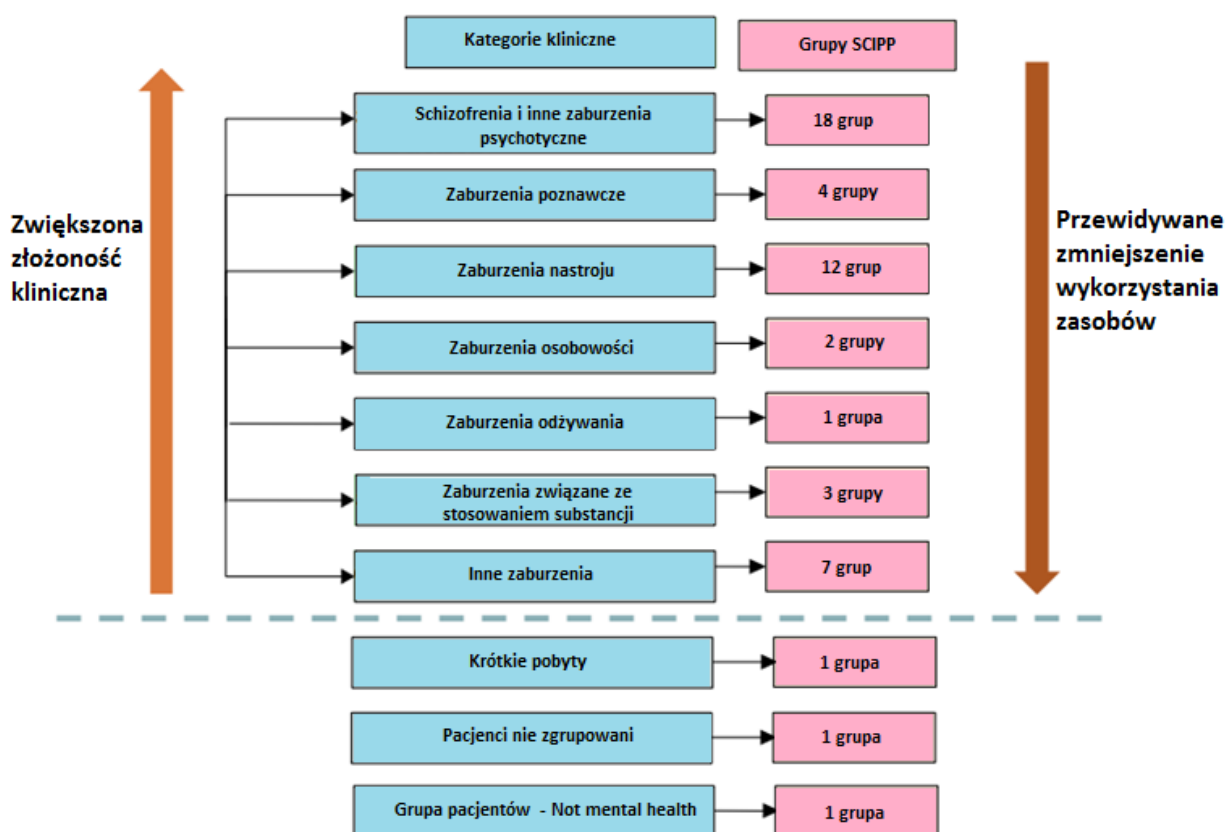
Kanada

W Kanadzie (prowincja Ontario) funkcjonuje system SCIPP (*ang. System for Classification of In-Patient Psychiatry*) który należy do narzędzi case-mix służących do grupowania pacjentów na statystycznie i klinicznie jednorodne grupy w oparciu o dane kliniczne i administracyjne (zużycie zasobów, długość pobytu pacjenta). Z biegiem lat grupowanie to umożliwiło zakładom opieki zdrowotnej skuteczne planowanie, monitorowanie i zarządzanie udzielaniem świadczeń. System SCIPP służy do grupowania pacjentów psychiatrycznych leczonych w ramach opieki stacjonarnej. Obecnie funkcjonuje 10 kategorii SCIPP, a każda z kategorii posiada szereg podgrup. Kategorie od 1 do 7 są sortowane w zależności od złożoności klinicznej oraz ilości zużywanych zasobów [53]. Pozostałe trzy kategorie są stosowane w sytuacjach gdy kategorie od 1-7 inne nie mają zastosowania [54]. Intensywność zużywanych zasobów jest zależna od długości pobytu pacjenta i dzieli się na 3 fazy:

- faza wstępu (zwykle od 0-5 dni, najbardziej intensywne zużycie zasobów);
- faza od 6 do 730 dni (pacjent jest ciągle leczony, mniejsze zużycie zasobów niż w fazie wstępu);
- faza długoterminowa (powyżej 2 lat, >730 dni) [[37]].

Podział ten ma służyć bardziej efektywnemu wykorzystaniu zasobów ponieważ intensywność zużywanych zasobów znacznie różni się pomiędzy poszczególnymi etapami (fazami) leczenia pacjentów psychiatrycznych w opiece stacjonarnej. Ponadto, każda grupa ma przypisaną wartość CMI, która odzwierciedla dziennie zużycie zasobów przez pacjenta w każdej grupie SCIPP w porównaniu do średniej wartości wykorzystanych zasobów przez pacjentów OHMRS (*Ontario Mental Health Reporting System*) [55]. Poniższy wykres przedstawia klasyfikację SCIPP w systemie kanadyjskim.

Rysunek 10. Klasyfikacja SCIPP



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [53]

Niemcy

Wdrażanie systemu pilotażowego programu PEPP (ang. *Consolidated Payment System for Psychiatry and Psychosomatics*) przez InEK rozpoczęto 1 stycznia 2013 roku na zasadzie dobrowolności. Od 2015 roku system PEPP stał się powszechnie stosowaną praktyką rozliczania świadczeń stacjonarnych we wszystkich placówkach medycznych świadczących usługi z zakresu opieki psychiatrycznej. Na lata 2015 i 2016 zaplanowano okres przejściowy, aby umożliwić podmiotom medycznym dostosowanie systemów informatycznych do nowego sposobu rozliczania. Od roku 2017 ma nastąpić tzw. okres konwergencji polegający na wprowadzeniu rozliczeń poprzez grupy PEPP na szczeblu krajowym. Od 1. stycznia 2017 zostanie stopniowo dopuszczona redystrybucja w ramach systemu odpłatności PEPP (faza konwergencji), poprzez ujednolicenie budżetów poszczególnych szpitali do jednolitego systemu odpłatności bazowej na poziomie jednostek administracyjnych (niemieckich Landów).

Zgodnie z obowiązującymi przepisami dla PEPP grupy pacjentów klasyfikuje się na podstawie rozpoznania, stanu klinicznego oraz jednorodności kosztowej terapii. System PEPP jest systemem dynamicznym, "uczącym się", tzn. na bazie retrospektywnie pozyskiwanych danych za poprzednie lata co roku wprowadza się zmiany, które mają na celu jak najbardziej optymalne dostosowanie systemu do potrzeb klinicznych oraz zasobów finansowych. W katalogu PEPP w zależności od edycji znajduje się około 77 grup z zakresu leczenia stacjonarnego (szpital oraz długie pobyty w ośrodkach terapeutycznych), 20 grup obejmujących leczenie częściowo szpitalne oraz tzw. 3 błędne PEPP. Retrospektywnie zbierane dane za poprzedni rok (dane medyczne oraz kosztowe przypisane do pacjenta) wykorzystywane są następnie do wyliczenia średniej ceny za ośrodków terapii zgodnie z rozpoznaniem w danej głównej grupie PEPP na rok bieżący. Na podstawie ww. danych wykonuje się tzw. macierz kosztów, do której dodatkowo włączane są koszty nie przypisane bezpośrednio do pacjenta, tzn. wszystkie koszty pośrednie, min. koszty energii elektrycznej.

Zmiany w strukturze PEPP oraz w sposobie ich naliczania nakładają konieczność regularnego udostępniania aktualnych danych o usługach i kosztach leczenia. InEK wdrożył zbierane pełnych danych dotyczących poszczególnych świadczeń udzielanych pacjentom, danych kosztowych odnośnie funkcjonowania szpitali oraz kosztów osobodnia na oddziałach. Przykładowo, jako podstawę kalkulacji poszczególnych grup PEPP na rok 2015 przyjęto dane z 91 placówek, które przekazały pełną dokumentację dla 272 644 przypadków leczonych stacjonarnie oraz dla 6 917 741 osobodni. Kalkulacja kosztów odbywa się zazwyczaj na poziomie osobodnia. W celu oszacowania kosztów szpitale biorące udział w programie PEPP dla każdego osobodnia

tworzą swoistą „matrycę” kosztową, którą uzupełniają o udokumentowane koszty poniesione w ramach szpitala, tak aby powiązać udzielane świadczenie z odpowiednimi kategoriami kosztów, w tym kosztami przypisanymi do poszczególnych rozpoznań. Ten sposób postępowania umożliwia analizę kosztów zarówno w ramach konkretnego przypadku klinicznego, jak i w ramach grupy pacjentów.

W głównych grupach PEPP, przy wyróżnianiu poszczególnych podkategorii jako różnicujące dyskryminatory przyjęto stopień ciężkości przypadku, farmakoterapię, intensywność terapii w ujęciu zużytych zasobów (w tym ilość zasobów ludzkich zaangażowanych w leczenie danego przypadku – liczba lekarzy, psychoterapeutów, psychologów), leczenie w układzie rodzic-dziecko dla pacjentów nieletnich, w przypadku uzależnień prawdopodobieństwo przeprowadzenia skutecznego odwyku. Dodatkowo przy leczeniu uzależnień rozdzielono uzależnienia od opiatów od pozostałych uzależnień, a także dokonano podziału wg typu uzależnienia. W psychiatrii dzieci i młodzieży uwzględniono opiekę nad pojedynczym przypadkiem oraz nad małą grupą pacjentów związaną z podwyższonym nakładem pracy, a także różnicowanie przy zaburzeniach zachowania.

Liczba głównych grup PEPP w przeciągu 3 lat funkcjonowania systemu wzrosła z 4 w 2012 r. do 7 w 2015 r., a obecnie chorych można zakwalifikować do następujących głównych grup:

- PA – psychiatria szpitalna
- PK – psychiatria szpitalna dzieci i młodzieży
- PP – psychiatria szpitalna, schorzenia psychosomatyczne
- TK – psychiatria stacjonarna dzieci i młodzieży
- TP – schorzenia psychosomatyczne, leczenie stacjonarne
- PF – inne nie sklasyfikowane PEPP
- P0 – pra-PEPP.

Do PEPP P0 zalicza się niektóre skomplikowane pod względem skategoryzowania PEPP, odbiegające kosztowo od pozostałych, niezależne od diagnozy głównej oraz pozostałych wskaźników różnicujących, przykładowo bazowych P001 – zespół bezdechu sennego bądź krążeniowo-oddechowa polisomnografia, P002 – intensywne leczenie dzieci i młodzieży, P003 – zwiększone zapotrzebowanie na opiekę na dorosłym pacjentem, opieka 1:1, P004 – intensywne leczenie dorosłych. [56][57]

Wprowadzenie systemu PEPP wzbudza pewne kontrowersje w środowiskach zawodowo związanych z ochroną zdrowia psychicznego [58]. Do najważniejszych zastrzeżeń należą:

- Wprowadzenie stawki degresywnej za leczenie pacjentów (opłata za pobyt/leczenie spada wraz wydłużaniem się czasu leczenia; w przypadku gdy pacjent przekroczy określony czas pobytu, stawka bazowa zostaje pomniejszona o określoną wartość poprzez jej przemnożenie przez wartość wagową dostosowaną do długości pobytu); według ekspertów takie postępowanie może prowadzić do nieuzasadnionego skrócenia czasu terapii dla ciężkich przypadków klinicznych. Tacy pacjenci w krótkim czasie ponownie wracają pod opiekę placówek medycznych, a stawka za leczenie naliczana jest ponownie na wyjściowych warunkach. Wydaje się więc, iż system degresywnego ryczałtu za leczenie psychicznie chorych nie przynosi spodziewanych oszczędności dla budżetu, a przy specyfice chorób psychicznych przerwanie leczenia może doprowadzić do pogorszenia stanu pacjenta oraz wydłużyć czas leczenia,
- InEK wykorzystuje jedynie ok. 17% pozyskanych od podmiotów danych w celu wyznaczenia nowych PEPP, a powstała klasyfikacja może nie odzwierciedlać realnych kosztów ponoszonych na leczenie chorych, ponadto rozkład występowania poszczególnych rozpoznań ICD-10 może być zafałszowany,
- Nieprecyzyjne kodowania rozpoznania głównego w strukturze PEPP może prowadzić do nieporozumień między świadczeniodawcami a ubezpieczycielem w trakcie rozliczania świadczeń.

Stany Zjednoczone

Świadczenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej w USA finansowane są na zasadach IPF PSS (ang. *Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System*). Jednocześnie, świadczeniodawcy są zobowiązani do raportowania informacji na temat jakości udzielanych świadczeń w ramach IPFQR (ang. *Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting*), w przeciwnym razie wysokość otrzymywanej refundacji ulegnie zmniejszeniu. Płatności IPF PSS to rodzaj opłaty za dzień (*per diem*), uwzględniający koszty związane z udzielaniem świadczeń stacjonarnych oraz koszty kapitału [59]. IPF PSS uwzględnia zarówno cechy pacjenta jak i placówki udzielającej świadczenia opieki zdrowotnej (m.in. dodatki dla placówek znajdujących się poza dużymi aglomeracjami), jej wysokość jest również zależna od stanu USA. W składowej biorącej pod uwagę cechy pacjenta uwzględnia się rodzaj przypisanej grupy MS-DRG, obecność rozpoznań współistniejących, wiek oraz długość pobytu. Uwzględniane są również dodatkowe koszty związane z leczeniem pacjentów, których koszty przewyższają te oszacowane dla danego rozpoznania (tzw. „outliers”), koszty oddziału ratunkowego oraz koszty leczenia elektrowstrząsami [60].

Tabela 52. Wysokość stawki podstawowej oraz za EW w ramach IPF PSS

Wartości	Rok 2014
Wysokość stawki podstawowej	\$713,19
Wysokość stawki za leczenie elektrowstrząsami	\$307,04

Utworzono 17 podstawowych grup MS-DRG (klasyfikacja na podstawie ICD-9-CM) dla każdej z grup przypisano wagi (wartość korekty). W sytuacji, gdy żadne z podstawowych MS-DRG nie mogą zostać przypisane to świadczeniodawcy wynagradzani są na podstawie stawki dziennej, ewentualnie skorygowanej o inne elementy.

Tabela 53. Korekta stawki podstawowej w zależności od postawionego rozpoznania

MS-DRG	Opis	Wartość korekty
896	Nadużywanie lub uzależnienie alkoholu/substancji psychoaktywnych; bez zajęć rehabilitacyjnych; z MCC*	0,88
897	Nadużywanie lub uzależnienie alkoholu/substancji psychoaktywnych; bez zajęć rehabilitacyjnych; bez MCC*	0,88
887	Inne zdiagnozowane zaburzenia psychiczne	0,92
894	Nadużywanie lub uzależnienie alkoholu/substancji psychoaktywnych; bez zajęć rehabilitacyjnych (przerwane na własne żądanie)	0,97
881	Nerwica depresyjna	0,99
886	Zaburzenia zachowania i zaburzenia rozwojowe	0,99
885	Psychozy	1,00
882	Neurozy (z wykluczeniem depresji)	1,02
883	Zaburzenia osobowości i zaburzenia kontroli przekazywania impulsów	1,02
895	Nadużywanie lub uzależnienie alkoholu/substancji psychoaktywnych; z zajęciami rehabilitacyjnymi;	1,02
884	Zaburzenia organiczne i upośledzenia umysłowe	1,03
056	Choroby degeneracyjne układu nerwowego; z MCC	1,05
057	Choroby degeneracyjne układu nerwowego; bez MCC	1,05
880	Ostre reakcje adaptacyjne oraz zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego	1,05
080	Nieurazowe osłupienie i śpiączka; z MCC	1,07
081	Nieurazowe osłupienie i śpiączka; bez MCC	1,07
876	Zabiegi operacyjne z podstawowym rozpoznaniem choroby psychicznej	1,22

MCC – (ang. *major complication or co-morbidity*);

Inne niż MS-DRG korekty wartości stawki podstawowej (*per diem*):

- choroby współistniejące;
- wiek pacjenta;
- długość pobytu – wartości regresywne od 1 do 21 dnia, powyżej 21 dni stała wartość korekty.

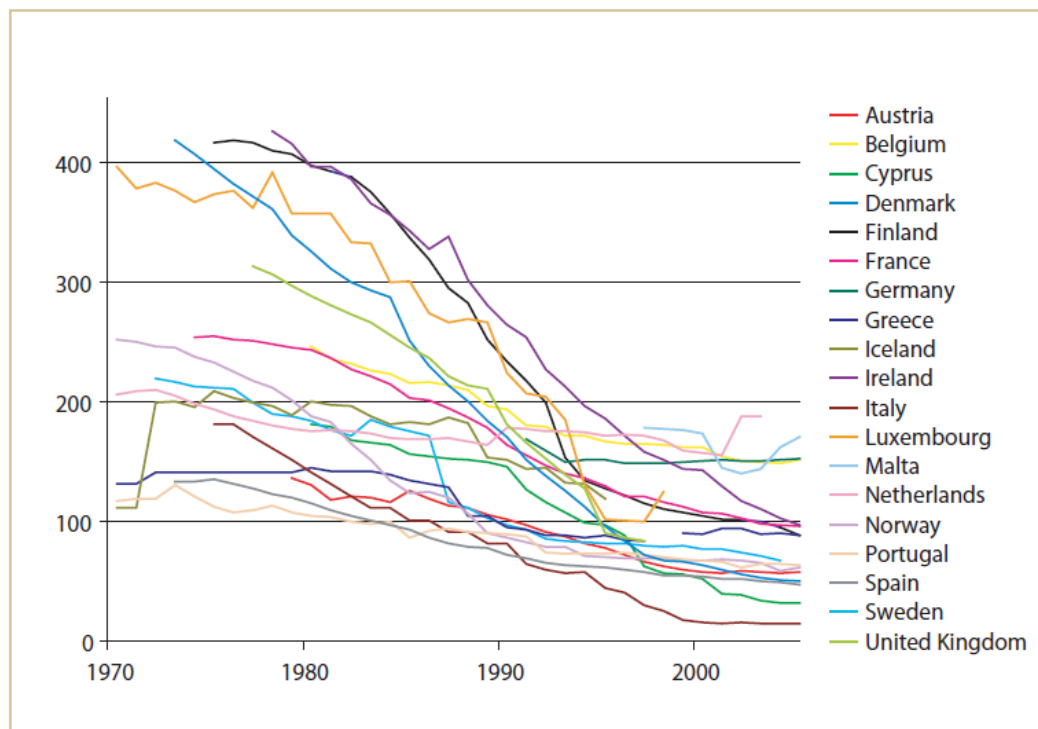
Zmiany w opiece psychiatrycznej w krajach rozwiniętych

W większości państw europejskich przez wiele lat dominował model psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach którego świadczenia, dla pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi oraz tymi o ciężkim przebiegu, były udzielane w warunkach stacjonarnych w szpitalach psychiatrycznych. Wówczas dominowało przekonanie, 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 nieprzyjemne nastawienie społeczeństwa do osób z chorobami psychicznymi. Z czasem coraz więcej argumentów zaczęło przemawiać za zmianą instytucjonalnego modelu opieki psychiatrycznej – tym samym rozpoczął się proces zwany deinstytucjonalizacją, tj. zastępowanie dużych szpitali psychiatrycznych mniejszymi jednostkami oraz przesunięcie udzielania świadczeń w kierunku opieki środowiskowej. Należy jednak zaznaczyć, że proces deinstytucjonalizacji oraz wdrażania opieki środowiskowej na świecie nie jest procesem zakończonym, wymagane są dalsze działania ukierunkowane na pełniejsze wdrożenie tego modelu. [61] Wydatki na świadczenia psychiatryczne realizowane w warunkach stacjonarnych w dalszym ciągu mają najwyższy udział w całkowitych wydatkach na opiekę psychiatryczną, co zwraca uwagę na wciąż istotną rolę opieki stacjonarnej oraz wysoki koszt świadczeń udzielanych w ramach tej opieki. Jednak, udział wydatków na świadczenia niestacjonarne w państwach

Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. OECD) stopniowo wzrastał na przestrzeni ostatnich lat [12].

Liczba łóżek psychiatrycznych w państwach Europy Zachodniej zmniejszyła się istotnie w ciągu ostatnich 50 lat. Początki procesu deinstytucjonalizacji w tych państwach sięgają lat 50 XX wieku, a od lat 70-tych proces ten zaczął szybko postępować. We Włoszech, w Szwecji i Islandii zamknięte zostały wszystkie szpitale psychiatryczne a świadczenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej udziale są na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych lub w ośrodkach opieki środowiskowej.

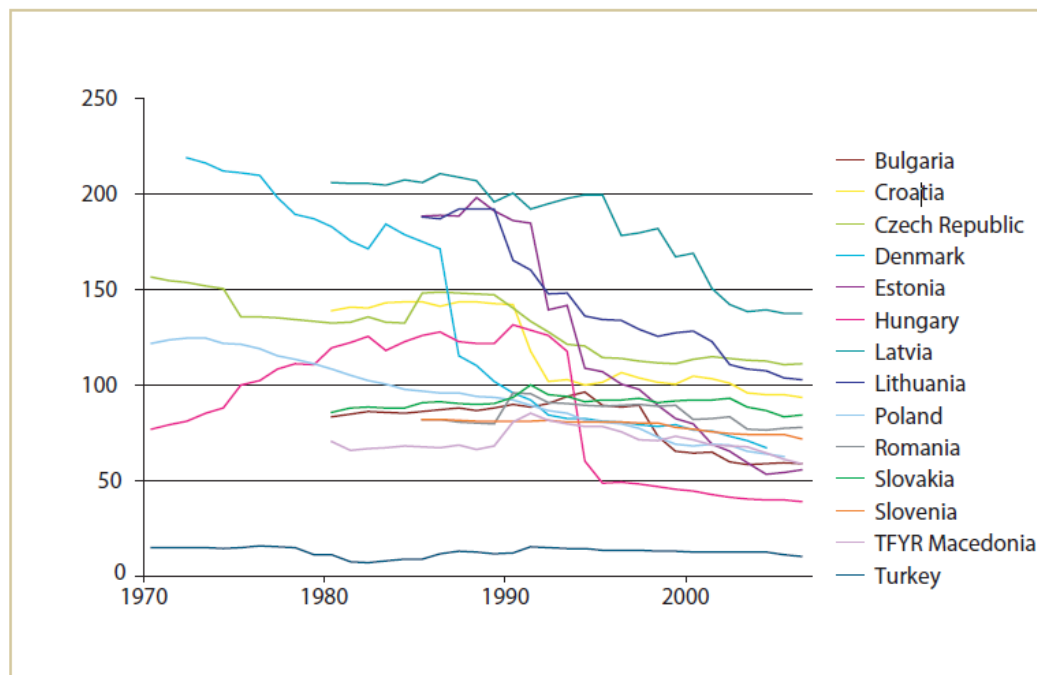
Rysunek 11. Trendy w dostępności liczby łóżek psychiatrycznych w krajach Europy Zachodniej w latach 1970-2005



Źródło: [61]

W Europie Centralnej i Środkowej również można obserwować trend zmniejszania się liczby łóżek psychiatrycznych. W tych państwach proces deinstytucjonalizacji zaczął intensywnie postępować później niż w państwach Europy Zachodniej, tj. w latach 90 XX wieku. Największe zmiany zaobserwowano w takich państwach jak Bułgaria, Estonia i Łotwa.

Rysunek 12. Trendy w dostępności liczby łóżek psychiatrycznych w krajach Europy Wschodniej w latach 1970-2005

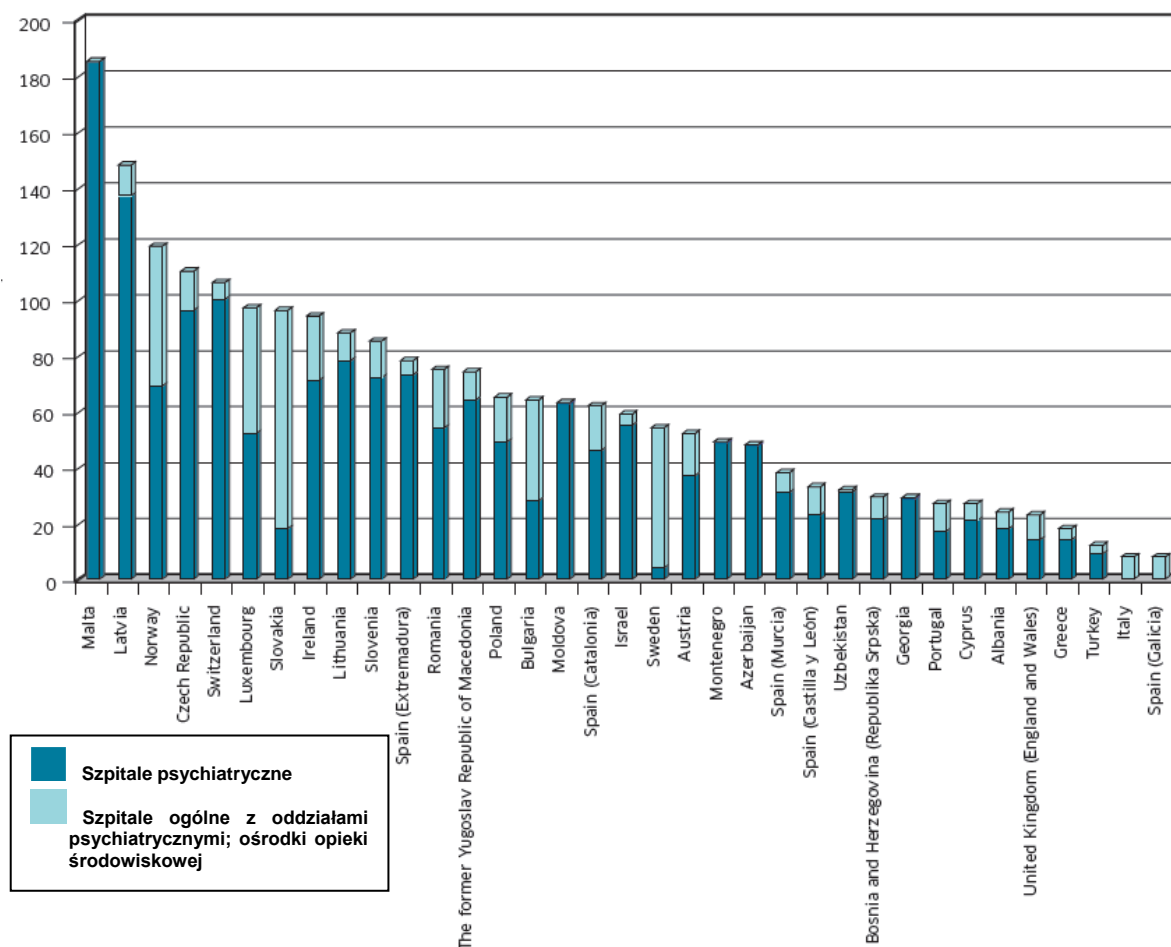


Źródło: [61]

Głównym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie osobie z chorobą psychiczną funkcjonowania w społeczeństwie, a więc możliwości uczenia się i pracowania [62]. 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, niekoniecznie 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 [61]. Efekty wdrożenia modelu środowiskowego we Włoszech, w Anglii oraz w Niemczech oceniono w przeglądzie systematycznym Knapp 2011 [63]. Odnajdzone 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 (patrz: Rysunek 13), ponadto zgodnie z informacjami przedstawionymi w opracowaniach WHO z serii *Mental Health Atlas* (2011) wiele państw deklaruje chęć wdrożenia opieki środowiskowej.

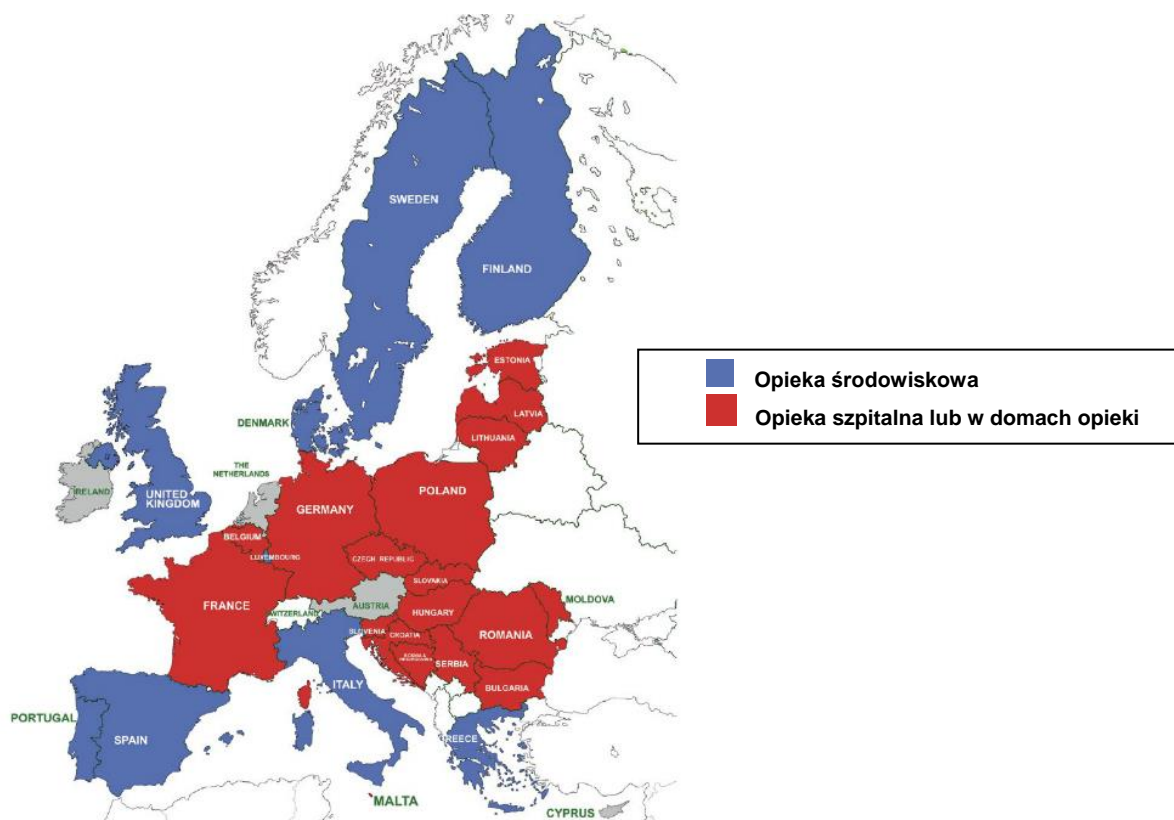
Rysunek 13. Liczba łóżek na 100 tys. osób – szpitale psychiatryczne vs. opieka środowiskowa.



Źródło: [64]

Model stacjonarnej opieki długoterminowej nadal jest obecny w wielu krajach Unii Europejskiej, przy czym hospitalizacja ma miejsce głównie na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych oraz w innego typu ośrodkach stacjonarnych. Natomiast, w państwach UE takich jak Wielka Brytania, Włochy, Szwecja, Finlandia, Dania, Grecja, Hiszpania oraz Portugalia dominuje środowiskowy model dla opieki długoterminowej.

Rysunek 14. Dominujące formy opieki długoterminowej w państwach UE



Źródło: [65]

Na psychiatryczną opiekę środowiskową składają się z reguły świadczenia udzielane przez różnego rodzaju zespoły leczenia środowiskowego. Do podstawowych zespołów leczenia środowiskowego zalicza się [12]:

- I. Zespół ds. interwencji kryzysowych oraz leczenia domowego (ang. *crisis resolution and home-based treatment teams*) - zapewniające opiekę 24/7 dla osób w kryzysie, starają się nie dopuścić do hospitalizacji pacjentów w ośrodkach stacjonarnych;
- II. Zespoły ds. wczesnych interwencji (ang. *early intervention teams*) - zajmujące się pacjentami z pierwszymi przypadkami psychozy;
- III. Zespoły intensywnej opieki ambulatoryjnej aktywnie poszukujące kontaktu z pacjentem (ang. *assertive outreach teams*) – zapewniające kompleksową opiekę pacjentom z ciężkimi chorobami psychicznymi;

Natomiast rola koordynowania sposobu udzielania świadczeń przypada zespołom leczenia środowiskowego (ang. *community mental health teams*). W poszczególnych krajach funkcjonują różne połączenia w/w zespołów. W tabeli poniżej zestawiono przykłady państw, w których występują opisane powyżej zespoły leczenia środowiskowego.

Tabela 54. Rodzaje świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanych w ramach opieki środowiskowej w wybranych krajach

Państwo	Rodzaj świadczeń opieki psychiatrycznej udzielanych w ramach opieki środowiskowej				
	Interwencje kryzysowe i leczenie domowe	Wczesne interwencje	Aktywne szukanie kontaktu z pacjentem	Świadczenia przywracające	Opieka dzienna
Australia	X	X	X	X	X
Estonia	-	-	-	X	-
Finlandia	X	-	-	X	X
Francja	X	-	-	-	-
Hiszpania	-	-	-	X	X
Islandia	-	X	-	X	X
Luxemburg	X	X	X	X	X
Polska	-	X	-	-	X

Portugalia	X	-	-	X	X
Słowacja	-	-	-	X	X
Słowenia	X	-	X	-	X
Szwajcaria	X	X	-	X	X
Stany Zjednoczone	X	-	X	X	X

*ang. assertive outreach services

Źródło: [12]

Istotną rolę we wdrażaniu opieki środowiskowej odgrywa sposób finansowania świadczeń psychiatrycznych. Konsekwencją niewłaściwego poziomu finansowania może być negatywna selekcja pacjentów, tj. „unikanie” leczenia pacjentów z bardziej złożonymi potrzebami zdrowotnymi, taka sytuacja miała miejsce w Australii. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że zachętą do wdrażania opieki środowiskowej jest finansowanie świadczeń na podstawie stawki kapitałowej, przez co „pieniądze będą szły za pacjentem” niezależnie od miejsca udzielania świadczeń. Pozwoli to na lepsze dostosowywanie udzielanych świadczeń do potrzeb pacjenta. Źródłem finansowania opieki środowiskowej, poza budżetem ministerstwa zdrowia, są również budżety opieki społecznej, ministerstwa pracy inne. [61] Ponadto, we Włoszech oraz w Wielkiej Brytanii wprowadzono tzw. budżety personalne, gdzie pacjenci otrzymują pewną pulę pieniędzy, którą następnie przeznaczają na realizację świadczeń niezbędnych w ich codziennym funkcjonowaniu.

Jak pokazują wyniki wielu badań również właściwa koordynacja opieki psychiatrycznej może istotnie wpływać na poprawę zdrowia osób z chorobami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, choroba dwubiegunowa oraz depresja. Słaba koordynacja udzielania świadczeń wiąże się nie tylko z gorszymi wynikami leczenia ale także z większym ryzykiem utraty pacjenta z leczenia. Koordynacja udzielania świadczeń dotyczy nie tylko koordynacji pomiędzy udzieleniem świadczeń z zakresu samej psychiatrii ale również skoordynowania opieki psychiatrycznej z udzielaniem świadczeń z innych zakresów. W krajach OECD coraz większy udział w koordynowaniu opieki nad pacjentami z chorobami psychicznymi przypada świadczeniodawcom podstawowej opieki zdrowotnej, głównie z uwagi na możliwość jednoczesnego kontrolowania leczenia chorób psychicznych jak i współistniejących chorób somatycznych. W szczególności dotyczy to opieki nad pacjentami w stabilnej fazie choroby psychicznej o nasileniu od łagodnej do umiarkowanej. Model skoordynowanej opieki psychiatrycznej jest modelem bardziej kosztowo-efektywnym, zwłaszcza gdy w ocenie przyjmujemy perspektywę społeczną i uwzględniamy m.in. koszty utraconej produktywności [12].

Podsumowując, do zmian zachodzących w systemach opieki psychiatrycznej w krajach rozwiniętych należy zaliczyć deinstytucjonalizację, rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz integrację świadczeń opieki psychiatrycznej z pozostałymi świadczeniami opieki zdrowotnej, jak również z opieką socjalną. Za takimi zmianami przemawiała konieczność integracji osób chorych psychicznie w środowisku w jakim żyją, co następnie powinno przekładać się na lepsze wyniki zdrowotne (tj. jakość życia, funkcjonowanie pacjentów), zmniejszenie wykluczenia społecznego i aktywizację tej populacji chorych a w konsekwencji zmniejszenie kosztów społecznych związanych z występowaniem chorób psychicznych.

2. Metodyka

2.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 311c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.). Zgodnie z ust. 4 „(...) Agencja zawiera umowy na podstawie określonego przez Agencję postępowania zapewniającego poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów oraz zawarcia umowy z podmiotem spełniającym obiektywne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne warunki określone w tym postępowaniu”. Postępowanie prowadzone było w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców. Zasady postępowania Agencji zostały określone w Zarządzeniu Nr 40/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 stycznia 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz zmiany z dnia 24 czerwca 2015 r.

Postępowanie przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu postępowania;
2. zebranie ankiet od świadczeniodawców;
3. wybór świadczeniodawców, z którymi Agencja zawrze umowy;
4. ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania oraz wyliczenie przez WT maksymalnego wynagrodzenia dla każdego z wyłonionych świadczeniodawców, który zadeklaruje zawarcie umowy o odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5. przygotowanie i zawarcie umów z wyłanionymi w postępowaniu świadczeniodawcami.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących ten zakres świadczeń (925 świadczeniodawców) oraz ukazała się na stronie internetowej AOTMiT. Kontakty do świadczeniodawców uzyskano z informatora o zawartych umowach znajdującego się na stronie internetowej NFZ oraz innych dostępnych źródeł.

Podstawą wyboru świadczeniodawców była Ankieta mająca na celu zebranie informacji o stopniu szczegółowości prowadzenia ewidencji kosztów, a także szczegółowości danych, jakie może przekazać świadczeniodawca, o ich zakresie i liczbie.

Pierwotny termin zbierania Ankiet został wyznaczony przez Agencję na dzień 31 stycznia 2015 r., a następnie został przesunięty na 16 lutego 2015 r. i 20 lutego 2015 r.

W dniu 23 lutego 2015 r. Agencja ponownie wystąpiła do świadczeniodawców realizujących wybrane zakresy świadczeń (zakresy, z których uzyskano niewystarczający zwrot Ankiet) z zaproszeniem do uczestniczenia w postępowaniu. Termin składania Ankiet wyznaczono na 26 lutego 2015 roku.

W wyznaczonym przez AOTMiT terminie Ankiety przesłało 166 świadczeniodawców. Po ich analizie, na podstawie sporządzonego rankingu wyłonionych zostało 148 podmiotów, z których 90 wyraziło wolę podpisania umowy. 72 świadczeniodawców zadeklarowało chęć odpłatnego, a 18 nieodpłatnego przekazania danych kosztowych. Spośród wyłonionych w postępowaniu Podmiotów 58 świadczeniodawców odstąpiło od podpisania umowy.

Finalnie, umowy o przygotowanie i przekazanie danych historycznych i szczegółowych podpisano z 70 świadczeniodawcami, natomiast danych bieżących, historycznych i szczegółowych z 4.

W poniższej tabeli zebrano informacje ilościowe odnośnie przeprowadzonego postępowania.

Tabela 55. Statystyka prowadzonego postępowania – Psychiatria I.

Liczba świadczeniodawców, do których wysłano ankiet	925
Liczba odesłanych ankiet	166
Liczba świadczeniodawców, którzy na podstawie rankingu zostali zakwalifikowani do podpisania umowy	148

Liczba świadczeniodawców, którzy, wyrazili chęć podpisania umowy	90
Liczba podpisanych umów (dane historyczne i szczegółowe)	70
Liczba podpisanych umów (dane historyczne i szczegółowe, bieżące)	4

Dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zbierane od świadczeniodawców wyłonionych w postępowaniu obejmowały:

- informacje pozwalające na scharakteryzowanie świadczenia: numer księgi głównej, nazwa świadczeniodawcy, kod zakresu świadczeń, wiek pacjenta, płeć pacjenta, data przyjęcia do placówki świadczeniodawcy, ew. data przyjęcia na oddział, data wypisu z placówki świadczeniodawcy, ew. data wypisu z oddziału, tryb przyjęcia, tryb wypisu, kody ośrodków kosztów uczestniczących w realizacji świadczenia, rozpoznanie główne, rozpoznania współistniejące;
- informacje na temat produktów: produkt podstawowy, kategorie produktów sumowanych do produktu podstawowego;
- informacje na temat elementów świadczenia i ich kosztów: leki, wyroby medyczne, procedury medyczne, pobyt w oddziale, inne usługi;
- informacje na temat łącznych kosztów dla poszczególnych ośrodków kosztów (docelowo w przekroju kategorii kosztów) służące do weryfikacji wspomnianych wyżej otrzymanych danych (informacji na temat kosztów poniesionych w okresie, którego dotyczy wycena, zgromadzonych na poszczególnych kontach zespołu 5);
- informacje o łącznych kosztach gotowości ośrodka kosztów z podziałem na kategorie kosztów;
- informacje na temat pracowników i umów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztów;
- informacje na temat cennika procedur medycznych zrealizowanych w ośrodkach kosztów (ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych, zabiegowych i pozostałych).

W ramach przeprowadzonego postępowania i na mocy zawartych umów, na potrzeby ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Agencja zbierała dane za okres od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2014 r., tzw. Dane Historyczne. Pięciu świadczeniodawcom, którzy w rankingu uzyskali największą wartość punktową Agencja zaproponowała podpisanie umów na przekazanie tzw. Danych Bieżących, tj. za okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 października 2015 r. Ostatecznie podpisano 4 takie umowy (1 świadczeniodawca odstąpił od podpisania umowy). Dane te gromadzone będą na potrzeby aktualizacji taryfy oraz ustalenia wartości nowych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zbierano także dane o większym stopniu szczegółowości pochodzące z wylosowanej próby, tzw. Dane Szczegółowe. Za pomocą generatora liczb losowych stworzonego w języku R przez zespół analityczno-statystyczny, z warstw (grupa w obrębie „kodu zakresu świadczeń kontraktowanych”, z uwzględnieniem „kodu świadczeń jednostkowych”) zostały wylosowane numery PESEL wraz z datą rozpoczęcia świadczenia wg danych NFZ (unikalne identyfikatory zrealizowanych świadczeń). Minimalna wielkość puli wylosowanej dla danej warstwy wyniosła 30 rekordów. Wylosowane rekordy zostały przekazane świadczeniodawcom z prośbą o udostępnienie szczegółowych danych z historii choroby pacjenta dla wylosowanych świadczeń. Ze względu na krótki okres czasu na przygotowanie i przekazanie danych szczegółowych, Agencja nałożyła limity na liczbę kart pacjentów dla danego świadczeniodawcy, w zależności od zakresów, w których Agencja przeprowadzała u niego losowanie. W przypadku losowania w zakresach obejmujących świadczenia szpitalne maksymalna liczba kart wynosiła 100. W pozostałych zakresach maksymalna liczba kart wynosiła 50. Celem było wylosowanie jak najbardziej reprezentatywnej próby, z uwzględnieniem realnych możliwości wybranych świadczeniodawców.

W związku z niewystarczającą liczbą podmiotów realizujących świadczenia z zakresu psychiatrii oraz zbyt małą liczbą danych pozyskanych od świadczeniodawców, która uniemożliwiła rzetelne i miarodajne oszacowanie kosztów, ponownie wystąpiono do świadczeniodawców z prośbą o przekazanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2015 z dnia 24 czerwca 2015 r. w sprawie zmiany Zarządzenia nr 40/2015 z dnia 2 stycznia 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz późniejszych zmian, zwrócono się do świadczeniodawców, którzy nie zgłosili się dotychczas do współpracy, o przekazanie minimalnego zestawu danych obejmującego informacje finansowo-księgowe, informacje o liczbie i rodzaju personelu, formach i wymiarze zatrudnienia,

danych na temat liczby łóżek, liczbie zrealizowanych świadczeń a także podstawowe informacje na temat każdego zrealizowanego świadczenia. Decyzja o uproszczonym zbieraniu danych wynikała z czasu o jaki Agencja przesunęła wydanie taryfy świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w trakcie którego świadczeniodawcy mieli przygotować niezbędne dane, ograniczeń informatycznych leżących po stronie świadczeniodawców, a także podnoszony przez Podmioty problem zbyt skomplikowanych plików przygotowanych przez Agencję.

Ogłoszenie o wznowieniu postępowania ukazało się na stronie internetowej Agencji w dniu 24 czerwca 2015 r. Świadczeniodawcy w odróżnieniu od wcześniejszego postępowania proszeni byli o przekazanie krótkiego Oświadczenia o chęci przystąpienia do postępowania i zawierającego podstawowe informacje np. o odpłatnym bądź nieodpłatnym podpisaniu umowy, liczbie wykonanych świadczeń.

Pierwotny termin zbierania Oświadczeń został wyznaczony na dzień 1 lipca 2015 r, a następnie został przesunięty na dzień 6 lipca 2015 r. W wyznaczonym przez AOTMiT terminie Oświadczenia przesłało 66 świadczeniodawców, w tym 2 świadczeniodawców, którzy uczestniczyli już w I turze postępowania i posiadali zawarte umowy na przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy. Oświadczenia te zatem nie zostały wzięte pod uwagę przez AOTMiT. Z podpisania umowy zrezygnowało 12 świadczeniodawców, a 3 nie podjęło współpracy z Agencją. Agencja podpisała 49 umów (35 umów odpłatnych i 14 umów nieodpłatnych).

W poniższej tabeli zabrano informacje ilościowe odnośnie przeprowadzonego postępowania.

Tabela 56. Statystyka prowadzonego postępowania – Psychiatria II.

Liczba świadczeniodawców, do których wysłano zwrócono się z prośbą o przesłanie danych	1422
Liczba odesłanych oświadczeń	64*
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy	12
Liczba świadczeniodawców, którzy nie podjęli współpracy	3
Liczba świadczeniodawców, którzy przesłali pliki FK	49
Liczba świadczeniodawców, którzy przesłali pliki FK na podstawie umów odpłatnych	35
Liczba świadczeniodawców, którzy przesłali pliki FK na podstawie umów nieodpłatnych	14

*dodatkowo Agencja otrzymała jeszcze Oświadczenia od 2 Podmiotów, które posiadały już zawarte z Agencją umowy dotyczące przekazywania danych niezbędnych do ustalenia taryfy

Dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zbierane od świadczeniodawców wyłonionych w ponownym postępowaniu obejmowały:

- informacje pozwalające na scharakteryzowanie świadczenia w zakresie świadczeń stacjonarnych, tj.: kod świadczeniodawcy, nazwa świadczeniodawcy, kod zakresu świadczeń, numer księgi głównej, identyfikator pacjenta, wiek pacjenta, płeć pacjenta, data przyjęcia do placówki świadczeniodawcy, data przyjęcia na oddział, data wypisu z placówki świadczeniodawcy, data wypisu z oddziału, tryb przyjęcia, tryb wypisu, kody ośrodków kosztów uczestniczących w realizacji świadczenia, rozpoznanie główne, rozpoznania współlistniejące, kod produktu, łączna taryfa otrzymana za rozliczany produkt, kody dodatkowych produktów podlegających rozliczeniu w ramach tego samego świadczenia, łączna taryfa otrzymana za wszystkie dodatkowe produkty;
- informacje pozwalające na scharakteryzowanie świadczenia w zakresie świadczeń ambulatoryjnych, tj.: kod świadczeniodawcy, nazwa świadczeniodawcy, kod zakresu świadczeń, identyfikator pacjenta, wiek pacjenta, płeć pacjenta, data udzielenia świadczenia, godzina rozpoczęcia udzielania świadczenia, godzina zakończenia udzielania świadczenia, kody ośrodków kosztów uczestniczących w realizacji świadczenia, rozpoznanie główne, rozpoznania współlistniejące, kod produktu, łączna taryfa otrzymana za rozliczany produkt kody dodatkowych produktów podlegających rozliczeniu w ramach tego samego świadczenia, łączna taryfa otrzymana za wszystkie dodatkowe produkty;
- informacji na temat kosztów poniesionych w okresie, którego dotyczy taryfikacja, zgromadzonych na poszczególnych kontach zespołu 5 (w przekroju ośrodków powstawania kosztów) zawierających przynajmniej wskazane szczegółowe pozycje analityczne;
- informacji na temat ilości i zrealizowanych świadczeń;
- informacji na temat pracowników i umów kontraktowych z podziałem na ośrodki kosztów;

Podsumowując: w trakcie prac nad ustaleniem taryfy świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień AOTMiT przeprowadziła dwie tury postępowania mającego na celu wyłonienie podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane były umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń.

W wyniku obu przeprowadzonych postępowań AOTMiT zawarła umowy na przekazywanie Danych niezbędnych do ustalenia taryfy z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ze 123 świadczeniodawcami w tym z 4 świadczeniodawcami podpisano umowy na przekazanie Danych Bieżących.

Szczegółowy wykaz zawartych umów w obydwu postępowaniach zawiera Załącznik Nr 1.

W celu ustalenia referencyjnego przebiegu każdego świadczenia wraz z referencyjnym zaangażowaniem zasobów, zwrócono się do ekspertów klinicznych wskazanych przez konsultantów krajowych: w dziedzinie psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży lub osób rekomendowanych jako posiadające istotną wiedzę w przedmiocie udzielania oraz rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii oraz leczenia uzależnień tj.:



Eksperci mieli przedstawić referencyjne przebiegi świadczeń w oparciu o przygotowany formularz, w którym należało określić rodzaj wykorzystywanych zasobów (personel, sprzęt specjalistyczny, leki i wyroby medyczne o istotnej wartości, dodatkowe procedury diagnostyczne, zabiegowe i inne) oraz ich zużycie (ilościowe i czasowe) w standardowym przebiegu świadczenia. Eksperci mieli się odnieść także do referencyjnego całkowitego czasu trwania świadczenia, ewentualnie także do jego częstotliwości lub powtarzalności w cyklu leczenia.

W przypadku pojedynczych kodów produktów, z uwagi na specyfikę udzielanego świadczenia zwrócono się do podmiotów leczniczych zidentyfikowanych, jako udzielających ww. świadczeń. Listę podmiotów leczniczych ustalono na podstawie bazy świadczeniodawców, z którymi Agencja podpisała umowy o współpracy w zakresie udostępnienia danych o kosztach i zasobach w obszarze psychiatrii i leczenia uzależnień. Ostatecznie podjęto współpracę przy opracowywaniu przebiegu referencyjnego świadczeń z:

[Redacted text]

[Redacted text]

Ostatecznie do procesu wyceny świadczeń włączono wszystkie otrzymane przebiegi referencyjne za wyjątkiem świadczeń, dla których eksperci z przyczyn obiektywnych (brak specjalistycznej wiedzy, trudność w dostępie do danych) nie opracowali ww. przebiegów tj. dla świadczeń:

- psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia,
- psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich,
- odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich.

Zestawienie pozyskanych przebiegów referencyjnych z aktualnymi warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych zawiera Załącznik 2. Dodatkowo, w Załącznikach 3 i 4 przedstawiono obszerne przebiegi referencyjne dla 3 produktów.

2.2. Weryfikacja danych

Dane przekazane przez świadczeniodawców poddane zostały weryfikacji w następujących etapach:

- weryfikacja wstępna – weryfikowana była obecność wszystkich wymaganych plików oraz zgodność struktury pliku z wymaganym formatem;
- weryfikacja techniczna – weryfikowana była zawartość pliku pod względem technicznym; przykładowe testy weryfikacyjne:
 - weryfikacja formatu daty,
 - weryfikacja obecności niedozwolonych znaków,

- weryfikacja długości pól liczbowych (np. PESEL, kod świadczeniodawcy, wartości monetarne),
- weryfikacja wybranych pól tekstowych (np. kod zasobu ekonomicznego),
- weryfikacja, czy czas dla procedury zabiegowej/anestezjologicznej jest równy (data i godzina zakończenia – data i godzina rozpoczęcia),

Z uwagi na brak obowiązującego standardu rachunku kosztów, otrzymane od świadczeniodawców dane różniły się między sobą pod względem:

- sposobu gromadzenia informacji w systemie finansowo-księgowym (różny poziom szczegółowości),
- podejścia do ewidencji kosztów leków i wyrobów medycznych na pacjenta – w większości nie miało to miejsca,
- przyjętego klucza podziałowego do rozliczania kosztów pośrednich ośrodków kosztów,
- podejścia przyjętego przy ewidencji kosztów procedur medycznych na pacjenta.

Pliki, które nie przeszły pozytywnie weryfikacji, były odsyłane do świadczeniodawcy w celu dokonania korekty.

Na skorygowanych przez świadczeniodawców plikach zaimportowanych do utworzonej przez Agencję bazy przeprowadzana była weryfikacja merytoryczna – pod kątem wychwycenia przypadków nietypowych i budzących wątpliwość. Takie przypadki były skonsultowane ze świadczeniodawcą dostarczającym dane i poprawiane lub usuwane z analizowanego zbioru.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji merytorycznej, do ustalenia taryf świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wykorzystano dane od 112 świadczeniodawców (Załącznik nr 5).

2.3. Ustalenie taryfy

Zgodnie z opracowaną i przyjętą przez Agencję metodyką taryfikacji świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, kolejne etapy procesu ustalania taryfy świadczenia opieki zdrowotnej obejmowały:

1. Ustalenie referencyjnego kosztu świadczenia:
 - a. ustalenie (na bazie wiedzy eksperckiej) referencyjnego przebiegu świadczenia opieki zdrowotnej, tj. określenie wzorcowego zestawu elementów świadczenia opieki zdrowotnej oraz zaangażowania najważniejszych zasobów w każdy element tego świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b. ustalenie kosztów jednostkowych zasobów ekonomicznych,
 - c. nałożenie kosztów jednostkowych zasobów ekonomicznych na referencyjny przebieg świadczenia opieki zdrowotnej,
2. Powiększenie referencyjnego kosztu świadczenia o mnożnik zmian wielkości kosztu świadczenia,
3. Przeliczenie wartości pieniężnej uzyskanego kosztu świadczenia na taryfę punktową.

Jako alternatywę dla przebiegów referencyjnych opracowanych przez ekspertów, podjęto próbę określenia przebiegu referencyjnego świadczeń na podstawie danych szczegółowych otrzymanych od świadczeniodawców, obejmujących informacje o wybranych przez Agencję metodą losowania świadczeniach zrealizowanych w roku 2014. Bazując na tych zestawach danych, w których świadczeniodawcy przekazali informacje jednostkowe przypisane do przynajmniej części ze zrealizowanych świadczeń, ustalono:

1. rozkłady czasów pobytu wraz z dominantą (w odniesieniu do hospitalizacji);
2. najczęściej stosowane produkty lecznicze wraz z udziałem procentowym. (z podziałem na grupę substancji psychotropowych oraz pozostałych substancji leczniczych) wraz z najbardziej powszechnie wykazywaną liczbą wystąpień poszczególnych substancji leczniczych w ramach pojedynczej hospitalizacji (porady);
3. najczęściej zrealizowane procedury i ich procentowy udział wraz z najbardziej powszechnie wykazywaną liczbą wystąpień poszczególnych procedur w ramach pojedynczej hospitalizacji (porady).

W przekazanych danych nie zostały zawarte informacje o zastosowanych wyrobach medycznych.

Z uwagi na liczne ograniczenia, polegające na: braku jakichkolwiek informacji w odniesieniu do danego świadczenia, zbyt małej próbie świadczeń, co do których przekazano wspomniane informacje, małych zasobów ekonomicznych powodujące niski udział procentowy, braku szczegółowych informacji o zasobach ekonomicznych zaangażowanych w realizację świadczenia (wielkości zużycia produktów leczniczych, liczbie zrealizowanych procedur), co uniemożliwiało przypisanie danych kosztowych oraz niestosowanie jednolitej nomenklatury w odniesieniu do zasobów ekonomicznych, jakość uzyskanych wyników nie pozwoliła na ich bezpośrednie wykorzystanie do oszacowania taryfy świadczeń. Ponadto brak informacji o używanych zasobach ekonomicznych na danego pacjenta może powodować pewną niejednoznaczność/niepewność czy świadczeniodawca nie posiada takich informacji czy też pacjent na pewno nie otrzymał leku/wyrobu medycznego lub nie wykonano żadnej procedury.

Wyniki analizy Danych Szczegółowych zamieszczone zostały w niniejszym raporcie ze względów statystyczno-informacyjnych, należy jednak mieć na uwadze ograniczoną możliwość wnioskowania na ich podstawie o typowości realizacji poszczególnych świadczeń. Szczegółowy opis wyników analizy danych szczegółowych zawiera załącznik nr 6.

Ponadto, na podstawie danych historycznych przekazanych przez świadczeniodawców, dla każdego świadczenia oddzielnie, określono rodzaj oraz rzeczywiste zaangażowanie zasobów (wynagrodzenia, leki i wyroby medyczne, procedury). Tabele zawierające wspomniane dane stanowią załączniki nr 7, 8, 9.

W celu ustalenia referencyjnego kosztu świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do każdego z nich wyodrębniono następujące elementy:

- baza – podstawowy koszt porady w danej poradni lub koszt osobodnia pobytu na danym oddziale; koszt ten uwzględnia zaangażowanie wszystkich zasobów, jakie są wykorzystywane w momencie, kiedy pacjent znajduje się w poradni lub w oddziale; w przypadku każdego świadczenia koszt bazowy podzielono dodatkowo na składowe wskazujące na najważniejsze zasoby: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pozostały personel medyczny, infrastruktura;
- leki i wyroby medyczne;
- procedury medyczne realizowane poza oddziałem lub poza poradnią.

Dla każdego ze świadczeń dokonano alternatywnego wyliczenia taryfy w trzech wariantach:

- Wariant 1 – ustalony na podstawie referencyjnego przebiegu świadczenia, tj. uzyskanego metodą ekspercką,
- Wariant 2 – ustalony na podstawie rzeczywistego zaangażowania zasobów, tj. uzyskanego z analizy danych od świadczeniodawców,
- Wariant 3 – ustalony na podstawie danych finansowo-księgowych pozyskanych od świadczeniodawców.

2.3.1. Koszt bazowy

Pierwszym etapem postępowania, zarówno dla świadczeń stacjonarnych jak i ambulatoryjnych, była weryfikacja plików FK w zakresie danych finansowo-księgowych

Pliki FK zostały przesłane za 2 lata: 2013 i 2014 r. przez każdego świadczeniodawcę, z którym Agencja zawarła umowę o przekazywanie danych. W plikach FK świadczeniodawca przedstawiał informacje kosztowe w rozbiciu na poszczególne ośrodki powstawania kosztów (OPK-i).

Koszty wykazane w tabeli FK Część Podstawowa weryfikowano w oparciu o załączoną analitykę kosztów do części szczegółowej. W zależności od kompletności danych finansowych możliwe było potwierdzenie wysokości kosztów całkowitych, kosztów leków i wyrobów medycznych, procedur, kosztów amortyzacji, zarządu oraz wynagrodzeń wraz z pochodnymi. W praktyce poszczególne kategorie kosztów wymagały dokładniejszego zdefiniowania ich zakresów. W pojedynczych przypadkach brak analityki kosztów za lata 2013, 2014 uniemożliwiał weryfikację poprawności danych.

Ponadto, napotkano trudności związane z nieprzeliczaniem przez świadczeniodawców wymiarów etatu osób zatrudnionych na kontraktach, oraz z przekazywaniem danych dotyczących rocznej sumy etatów zatrudnionych pracowników (przekazywane dane miały często charakter średniej miesięcznej ilości etatów).

Wyliczenie kosztu świadczeń realizowanych w **trybie stacjonarnym**, których elementem bazowym jest osobodzień przebiegało w następujących etapach:

1. Średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego

Średnie koszty wynagrodzeń poszczególnych kategorii personelu medycznego zostały obliczone na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_H \cdot w_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt wynagrodzenia personelu medycznego

t_i – średni czas trwania hospitalizacji w produkcie rozliczeniowym i na podstawie:

- rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia - wariant 3
- danych rzeczywistych od świadczeniodawców z plików OG - wariant 2
- danych od eksperta - wariant 1

\bar{k}_H – średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego na 1 godzinę

w_i – średni czas pracy personelu medycznego na osobodzień w produkcie rozliczeniowym i wyliczony na podstawie:

- danych rzeczywistych od świadczeniodawców - wariant 2 i 3
- danych od eksperta - wariant 1

W celu oszacowania kosztu wynagrodzenia poszczególnych grup personelu na 1 godzinę (\bar{k}_H) w obliczeniach uwzględniono koszty wynagrodzeń niezależnie od form zatrudnienia personelu, a więc koszty wynagrodzeń wynikające z umowy o pracę wraz z pochodnymi, koszty kontraktów czy innych umów cywilnoprawnych (o dzieło, zlecenie itd.) oraz pozostałe koszty związane z personelem takie jak odpisy na ZFŚŚ, składki na PFRON, BHP itp. Wynagrodzenia przedstawiono dla 4 kategorii personelu medycznego: lekarza, pielęgniarki, psychologa oraz pozostałego personelu medycznego, przy czym ostatnia kategoria stanowiła różnicę pomiędzy kosztem wynagrodzeń ogółem a sumą wynagrodzeń dla lekarza, pielęgniarki i psychologa. Koszty wynagrodzeń zostały przedstawione przez świadczeniodawców w plikach FK w każdym ośrodku powstawania kosztów. Koszty wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz pozostałego personelu medycznego na 1 godzinę pracy wyliczono przy założeniu że etat wynosi średnio 160 godzin miesięcznie. Do wyliczeń wykorzystano informację dotyczącą ilości etatów, przy czym inne niż umowa o pracę formy zatrudnienia (np. kontrakty itd.) zostały przeliczone przez świadczeniodawców na odpowiedniki etatów i zsumowane z ilością etatów wynikającą z umów o pracę. Na etapie wyliczania wartości średniej stawki godzinowej wynagrodzenia zastosowano metodę α -przeciętej średniej, skutkującą odrzuceniem $\alpha/2$ największych i najmniejszych obserwacji, przyjmując wartość α wynoszącą 20. Ten sam średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego na 1 godzinę zastosowano w każdym z 3 wariantów wyliczenia taryfy.

Średni czas pracy personelu medycznego przypadający na 1 osobodzień (w_i) obliczono mnożąc sumę etatów personelu medycznego pracującego w określonym ośrodku powstawania kosztów przez średnią ilość godzin pracy w miesiącu (160). Uzyskany wynik został podzielony przez ilość osobodni na tym oddziale. W ostatnim etapie dokonano odcięć 10% z góry i z dołu. Średni czas pracy personelu medycznego przypadającego na 1 osobodzień był taki sam dla 2 i 3 wariantu taryfy.

Aby uzyskać średni czas trwania hospitalizacji (t_i) dla wariantu 2, długość hospitalizacji dla określonego kodu produktu uzyskano odejmując datę rozpoczęcia hospitalizacji od daty zakończenia. Informacje potrzebne do obliczeń zostały sprawozdane przez świadczeniodawców w plikach historycznych OG. W przypadku wyliczenia średniego czasu trwania hospitalizacji (t_i) dla wariantu 3 na podstawie rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia zastosowano wartość odcięcia 5% z góry i dołu.

2. Średni koszt infrastruktury

Średni koszt infrastruktury został obliczony na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt infrastruktury

t_i – średni czas trwania hospitalizacji w produkcie rozliczeniowym i na podstawie:

- rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia - wariant 3
- danych rzeczywistych od świadczeniodawców z plików OG - wariant 2
- danych od eksperta - wariant 1

\bar{k}_i – średni koszt infrastruktury przypadający na 1 osobodzień dla wszystkich ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenie i

Do obliczenia kosztu infrastruktury na 1 osobodzień (\bar{k}_i), koszty całkowite każdego ośrodka powstawania kosztów świadczeniodawców zostały skorygowane o koszty wynagrodzeń, koszty leków i wyrobów medycznych oraz o koszty procedur. Dane te pochodzą z plików FK każdego świadczeniodawcy. Koszty

wynagrodzeń zostały zdefiniowane powyżej, natomiast koszty procedur uwzględniały jedynie koszty procedur nie wykonywanych rutynowo na oddziale, bo te niejako są ujęte w kosztach wynagrodzeń personelu medycznego. Zatem koszty procedur obejmują koszty procedur nabytych z zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej danego świadczeniodawcy (np. w pracowni EEG będącej w strukturach podmiotu leczniczego). Koszty całkowite natomiast rozumiane są jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i alokowane koszty pośrednie. W ten sposób zdefiniowane i obliczone koszty infrastruktury w każdym ośrodku powstawania kosztów zostały podzielone przez ilość osobodni zrealizowanych w tym OPK. Informacja o ilości osobodni przesyłana przez świadczeniodawców w załącznikach do plików FK została także zweryfikowana przez Agencję, poprzez wyliczenie teoretycznej ilości osobodni, jako iloczynu liczby łóżek i liczby dni w miesiącach w roku, w zależności jak długo funkcjonowały poszczególne ośrodki kosztów w roku. Z tego względu, że w praktyce niemożliwe jest 100% obłożenie łóżek, Agencja dla celów porównawczych przyjęła 80% teoretycznej liczby osobodni w roku i z tą wielkością porównywane były dane o rzeczywistej liczbie wykonanych osobodni przez świadczeniodawcę. Dla celów przeliczenia kosztów infrastruktury na osobodzień, Agencja brała pod uwagę wyższą z dwóch wartości liczby osobodni. Zatem jeśli dane świadczeniodawcy o liczbie osobodni były wyższe niż 80% teoretycznej liczby osobodni w roku wyliczonej przez Agencję, koszty dzielone były przez tę wyższą wartość. Korekta ta miała na celu wyłączenie kosztu zasobów niewykorzystanych. W ostatnim etapie wyliczenia średniego kosztu infrastruktury na osobodzień zastosowano wartość odjęcia 10% z góry i z dołu. Średni koszt infrastruktury na 1 osobodzień – podobnie jak wynagrodzeń – jest taki sam dla 3 wariantów taryfy.

Świadczenia ambulatoryjne analizowane były w sposób następujący:

1. Średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego

Średnie koszty wynagrodzeń poszczególnych kategorii personelu medycznego zostały obliczone na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_H \cdot w_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt wynagrodzenia personelu medycznego

t_i – czas trwania porady w produkcie rozliczeniowym i na podstawie:

- danych od eksperta - wariant 1
- zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia – wariant 2 i 3

\bar{k}_H – średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego na 1 godzinę

w_i – średni czas pracy personelu medycznego na poradę w produkcie rozliczeniowym i

W pierwszym etapie oszacowano koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu na 1 godzinę (\bar{k}_H). W obliczeniach uwzględniono koszty wynagrodzeń dla wszystkich form zatrudnienia personelu zgodnie z opisem zamieszczonym powyżej dla świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym. Koszty wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz pozostałego personelu medycznego na 1 godzinę pracy, wyliczono przy założeniu, że etat wynosi średnio 160 godzin miesięcznie. Do wyliczeń wykorzystano informację dotyczącą liczby etatów, będącą sumą liczby etatów wynikającą z umowy o pracę i innych form zatrudnienia – zgodnie z opisem powyżej w opiece stacjonarnej. W ostatnim etapie dokonano odjęć wartości odstających - 10% z góry i z dołu. Średni koszt wynagrodzenia poszczególnych grup personelu medycznego na 1 godzinę był taki sam dla 3 wariantów taryfy.

W wariantach 2 i 3 przyjęty został czas trwania porady określony zarządzeniem Prezesa NFZ. W przypadku porad realizowanych wymiennie przez różne kategorie personelu, czas poświęcany przez każdą z grup na tę poradę obliczono na podstawie danych o proporcji etatów uzyskanych od świadczeniodawców. Czas pracy poszczególnych grup personelu medycznego na 1 poradę obliczono mnożąc udział etatów personelu medycznego pracującego w określonym ośrodku powstawania kosztów przez czas trwania porady.

2. Średni koszt infrastruktury

Średni koszt infrastruktury został obliczony na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt infrastruktury

t_i – czas trwania porady w produkcie rozliczeniowym i na podstawie:

- danych od eksperta - wariant 1
- zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia – wariant 2 i 3

\bar{k}_i – średni koszt infrastruktury przypadający na 1 poradę dla wszystkich ośrodków powstawania kosztów realizujących świadczenie i

Do obliczenia kosztu infrastruktury na 1 godzinę, koszty całkowite każdego ośrodka powstawania kosztów świadczeniodawców zostały skorygowane o koszty wynagrodzeń, koszty leków i wyrobów medycznych, koszty procedur, a w przypadku porad domowych środowiskowych, także o koszty transportu. Koszty wynagrodzeń zostały zdefiniowane powyżej, natomiast koszty procedur uwzględniały jedynie koszty procedur nie wykonywanych rutynowo w poradni, bo te niejako są ujęte w kosztach wynagrodzeń personelu medycznego. Zatem koszty procedur obejmują koszty procedur nabytych z zewnątrz (np. w zewnętrznym laboratorium) oraz zrealizowanych w ośrodkach działalności pomocniczej danego świadczeniodawcy (np. w pracowni EEG będącej w strukturach podmiotu leczniczego). Koszty całkowite natomiast rozumiane są jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i alokowane koszty pośrednie. W ten sposób zdefiniowane i obliczone koszty infrastruktury w każdej poradni zostały podzielone przez liczbę godzin pracy poszczególnych ośrodków powstawania kosztów. Informacja o ilości porad przesyłana przez świadczeniodawców w załącznikach do plików FK została poddana podwójnej weryfikacji przez Agencję – z danymi ogólnymi zawartymi w plikach OG i SM oraz z rzeczywistym rozliczeniem z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ostatnim etapie obliczeń dokonano odcięć wartości odstających – 10% z góry. Średni koszt infrastruktury na 1 godzinę – podobnie jak wynagrodzeń – jest taki sam dla 3 wariantów taryfy.

3. Transport w opiece środowiskowej

W wariantcie 1 taryfy została określona przez eksperta średnia odległość dla przypadków wizyt środowiskowych domowych. Na tej podstawie obliczono średni koszt transportu w oparciu o stawkę za 1 km (Rozporządzenie Ministra Transportu z dnia 23 października 2007 roku, Dz. U. Nr 201 poz.1462, zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy, tj. 0,8358 zł).

W wariantcie 2 i 3 średni koszt transportu wyliczono na podstawie danych od świadczeniodawców. W końcowym etapie przycięto wartości odstające w wysokości 10% z góry.

W przypadku braku wystarczającej ilości danych przyjęto stawkę z wariantu eksperta.

2.3.2. Koszty procedur

Na początku prac analitycznych utworzony został słownik procedur medycznych oparty na Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, łączący kody ICD-9 z nazwami procedur. Raportowane przez świadczeniodawców dane w plikach CD, CP, PD, PP i PZ zostały poddane weryfikacji pod kątem zgodności kodów z nazwami procedur. W przypadku braku kodu ICD-9 do podanego przez świadczeniodawców opisu zrealizowanej procedury dopasowana została nazwa, zgodnie z opracowanym słownikiem procedur medycznych. Słownik procedur medycznych został zastosowany do ujednolicenia nazw procedur we wszystkich plikach otrzymanych od świadczeniodawców.

Ceny jednostkowe poszczególnych procedur obliczono zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń z rodzaju „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”. Cenniki świadczeniodawców zostały poddane statystycznej weryfikacji wartości odstających poprzez zastosowanie reguły trzech sigm. Zgodnie z tą regułą prawdopodobieństwo wystąpienia danej wartości, która znajduje się poza przedziałem $(x_{sr}-3s; x_{sr}+3s)$ wynosi 0,0027 (x_{sr} – średnia arytmetyczna, s – odchylenie standardowe), co uprawnia do odrzucenia tej wartości ze zbioru danych. Następnie wyliczono ceny jednostkowe jako średnie arytmetyczne cen dla poszczególnych procedur medycznych.

Wariant 1.

Łączny koszt procedur w obrębie danego świadczenia opieki zdrowotnej został obliczony jako suma kosztów poszczególnych procedur przewidzianych w przebiegu referencyjnym świadczenia na podstawie opinii eksperta, co obrazuje poniższy wzór:

$$K_{ref} = \sum \bar{k}_i \cdot n_i$$

gdzie:

K_{ref} – łączny koszt procedur wg przebiegu referencyjnego świadczenia opieki zdrowotnej

\bar{k}_i – cena jednostkowa danej procedury medycznej i (np. morfologia krwi)

n_i – liczba wykonań danej procedury medycznej i (np. liczba morfologii krwi) przewidziana przez eksperta w przebiegu referencyjnym świadczenia

Wariant 2.

Na podstawie Danych Historycznych, przekazanych przez świadczeniodawców w plikach OG, PD, PP i PZ, utworzone zostały rzeczywiste przebiegi wykonanych procedur medycznych w obrębie danego świadczenia opieki zdrowotnej. Na przebiegi te nałożone zostały ceny jednostkowe procedur medycznych.

W przebiegach rzeczywistych uwzględniono procedury przypadające na więcej niż 1% pacjentów, dla których zostały one wykonane podczas hospitalizacji lub porady. Łączny koszt procedur w obrębie danego świadczenia został obliczony jako suma iloczynów ceny jednostkowej danej procedury, częstości jej występowania (np. 2 razy w trakcie hospitalizacji) oraz udziału procentowego pacjentów, dla których została ona wykonana z tą częstotliwością w obrębie danego świadczenia, co obrazuje następujący wzór:

$$K_{rz} = \sum \bar{k}_i \cdot n_i \cdot u_i$$

gdzie:

K_{rz} – łączny koszt procedur wg przebiegu rzeczywistego świadczenia opieki zdrowotnej

\bar{k}_i – cena jednostkowa danej procedury medycznej i (np. morfologia krwi)

n_i – liczba wykonań danej procedury medycznej i (np. liczba morfologii krwi) ustalona w przebiegu rzeczywistym świadczenia u pacjenta

u_i – udział procentowy pacjentów (w obrębie danego świadczenia), dla których dana procedura i została wykonana w n_i liczbie wykonań

Wariant 3.

Dane kosztowe zostały zaczerpnięte z plików FK przekazanych przez świadczeniodawców. Ze względu na fakt, iż dane w tych plikach przedstawiane są zbiorczo, nie było możliwości wyszczególnienia kosztów poszczególnych procedur medycznych.

Na etapie wyliczania wartości średniego kosztu procedur zastosowano metodę α -przeciętej średniej, skutkującą odrzuceniem $\alpha/2$ największych obserwacji, przyjmując wartość α wynoszącą 20. W przypadku wyliczenia średniego czasu trwania hospitalizacji na podstawie rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia zastosowano wartość odcięcia 5% z góry i dołu.

Średni koszt procedur w hospitalizacji został obliczony na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt procedur w świadczeniu opieki zdrowotnej

t_i – średni czas trwania hospitalizacji na podstawie rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia

\bar{k}_i – średni koszt procedur dla wszystkich ośrodków powstawania kosztów realizujących dane świadczenie zdrowotne, przypadający na 1 osobodzień

Z kolei średni koszt procedur dla świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym został obliczony jako średni koszt procedur w obrębie danego świadczenia opieki zdrowotnej przypadający na 1 poradę.

2.3.3. Leki i wyroby medyczne

Koszt leków i wyrobów medycznych ustalono na podstawie danych rzeczywistych o koszcie tych zasobów poniesionych przez świadczeniodawców w latach 2013-2014. Dane otrzymane od świadczeniodawców pozwoliły na przypisanie substancji czynnych do preparatów, poprzez porównanie ze wzorcem (Rejestrem Produktów Lekniczych rozwijanym przez CSIOZ) i stworzenie sieci wewnętrznych korelacji kodów EAN. Dla każdej substancji przeprowadzona została statystyczna i empiryczna weryfikacja wyników, w ramach której odrzucono wartości odstające. Zgodnie z zatwierdzoną metodyką powyższy koszt obliczono w 3 wariantach.

Wariant 1.

Zaangażowanie zasobów ekonomicznych wynikające ze schematu dawkowania leków bądź zużycia wyrobu medycznego oparto o dane odnośnie zużycia podane przez eksperta w formularzu referencyjnego przebiegu świadczenia opieki zdrowotnej. Dla podanej jednostki miary obliczono średnią cenę (najczęściej średnia

cena za miligram). Następnie do określonego leku/wyrobu medycznego przypisano średni koszt odpowiadający zużyciu według przyjętej jednostki miary (mg, ml, liczba jednostek, sztuki).

Łączny koszt leków został obliczony, jako suma iloczynów średniego kosztu i referencyjnego zużycia dla poszczególnych leków (substancji czynnych) według wzoru:

$$K_{ref} = \sum \bar{k}_s \cdot z_{ref}$$

Gdzie:

K_{ref} – Koszt leków i wyrobów medycznych liczony z referencyjnych przebiegów świadczenia

\bar{k}_i – średni koszt jednego miligrama substancji czynnej/ zużycie wyrobu medycznego wyliczony na podstawie danych rzeczywistych

z_{ref} – zużycie leku na podstawie referencyjnego przebiegu eksperta

$$\bar{k}_s = \frac{\frac{k_1}{d_1} + \frac{k_2}{d_2} + \dots + \frac{k_n}{d_n}}{n}$$

Gdzie:

\bar{k}_i – średni koszt jednego miligrama substancji leczniczej wyliczona na podstawie danych rzeczywistych

k_1 – rzeczywisty koszt jednostki leku (np. tabletki, ampułki)

d_1 – dawka leku w jednostce

n – ilość analizowanych jednostek leku

Wariant 2.

W wariantcie 2 ustalono średni koszt leków i wyrobów medycznych przy uwzględnieniu rzeczywistego zaangażowania zasobu "leki i wyroby medyczne" występującego podczas hospitalizacji.

Łączny koszt leków i wyrobów medycznych został wyliczony na podstawie całkowitego zużycia leków na osobodzień:

$$K_{rz} = \frac{k_{p1} + k_{p2} + \dots + k_{pn}}{t_{p1} + t_{p2} + \dots + t_{pn}}$$

Gdzie:

K_{rz} – koszt leków i wyrobów medycznych przeliczony na dzień pobytu

k_{p1} – całkowity koszt leków podawanych pacjentowi

t_{p1} – czas trwania leczenia w dniach

Wariant 3.

W tym wariantcie określono średni koszt leków i wyrobów medycznych wykazany w pliku finansowo-księgowym (FK) w danym OPK realizującym określony typ świadczeń opieki zdrowotnej przypadający na 1 osobodzień lub poradę, ważony długością trwania świadczenia bądź częstotnością jego udzielania.

$$K_{FK} = t_i \cdot \bar{k}_i$$

Gdzie:

K_{FK} – średni koszt leków w świadczeniu opieki zdrowotnej

t_i – średni czas trwania hospitalizacji na podstawie rzeczywistych rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia w produkcie rozliczeniowym i

\bar{k}_i – średni koszt leków na 1 osobodzień ustalony na podstawie danych ze wszystkich OPK realizujących świadczenie i

2.3.4. Izbę przyjęć

Podczas analizowania danych otrzymanych od świadczeniodawców zaobserwowano dużą rozbieżność pomiędzy aktualnie obowiązującymi dobowymi stawkami ryczałtowymi a rzeczywistym zaangażowaniem podmiotów, obrazowanym krotnością zrealizowanych produktów. Rozbieżność ta, w parze z niewystarczającą ilością dostarczonych przez świadczeniodawców danych, utrudniała rzetelne określenie

wszystkich kosztów ponoszonych przez poszczególne podmiotów. Przy założeniu, że porada diagnostyczna w izbie przyjęć przebiega w identyczny sposób jak porada lekarska diagnostyczna w trybie ambulatoryjnym (przy podobnym zaangażowaniu personelu, leków, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i infrastruktury), w obliczeniach kosztów ponoszonych przez izbę przyjęć wzięto pod uwagę dane kosztowe dotyczące porady w izbie przyjęć oraz porady lekarskiej diagnostycznej w świadczeniu psychiatrycznym ambulatoryjnym dla dorosłych, przyjętej za świadczenie referencyjne.

Źródłem pozyskania danych na temat liczby i kosztów świadczeń realizowanych w przyszpitalnych izbach przyjęć były Dane Historyczne pozyskane od świadczeniodawców, dane z NFZ (liczba i wartość umów podpisanych w latach 2013-2014) oraz akty prawne dotyczące świadczeń medycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁰.

W celu ustalenia kosztu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w izbie przyjęć wyodrębniono następujące elementy:

- baza – podstawowy koszt dobowy funkcjonowania izby przyjęć, który uwzględnia gotowość personelu (lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii i pielęgniarka), a także koszty obejmujące amortyzację, koszty eksploatacyjne i koszty zarządu;
- koszt porady – koszt zaangażowania personelu medycznego, leków, wyrobów medycznych, procedur medycznych oraz infrastruktury w realizację pojedynczego świadczenia zdrowotnego.

Wyliczenie kosztu świadczeń realizowanych w psychiatrycznych izbach przyjęć przebiegało w następujących etapach:

1. Ustalenie liczby świadczeń realizowanych w latach 2013-2014 przez każdego świadczeniodawcę. Źródłem pozyskania danych były Dane Historyczne poddane podwójnej weryfikacji – z danymi ogólnymi zawartymi w plikach FK, OG i SM oraz z rzeczywistym rozliczeniem z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Określenie średnich kosztów zasobów zaangażowanych w realizację porady – lekarzy, pielęgniarek, leków, wyrobów medycznych i infrastruktury, przypadających na jedną poradę realizowaną w świadczeniu referencyjnym, zgodnie z metodyką opisaną w części dotyczącej świadczeń ambulatoryjnych.
3. Określenie średnich kosztów procedur medycznych przypadających na jedną poradę, realizowaną w izbie przyjęć, zgodnie z metodyką przyjętą do obliczania kosztów procedur medycznych dla świadczeń realizowanych w trybie stacjonarnym i świadczeń ambulatoryjnych dla Wariantu 2.
4. Określenie średniego kosztu porady, na którą składają się: zaangażowanie personelu medycznego (lekarz psychiatra i pielęgniarka), koszty leków, wyrobów medycznych, procedur medycznych oraz infrastruktury.
5. Obliczenie średniego całkowitego kosztu bazowego – kosztu 24-godzinnego funkcjonowania izby przyjęć z uwzględnieniem kosztów zasobów pozostających w ciągłej gotowości zgodnie z wymogami dotyczącymi funkcjonowania izby przyjęć - zasobów ludzkich i infrastruktury. Źródłem do pozyskania danych kosztowych były Dane Historyczne otrzymane od świadczeniodawców, dotyczące wybranego świadczenia referencyjnego z opieki ambulatoryjnej.
6. Określenie średnich udziałów porad zakończonych przyjęciem na oddział szpitalny i odmów w łącznej rocznej liczbie porad realizowanych w izbach przyjęć; liczba porad zakończonych przyjęciem na oddział została obliczona jako iloraz liczby osobodni i długości hospitalizacji. Źródłem do pozyskania danych były Dane Historyczne przekazane przez świadczeniodawców (liczba osobodni realizowanych na oddziałach szpitalnych) oraz dane z NFZ (średnia długość hospitalizacji zrealizowanych w referencyjnym świadczeniu – Świadczenie psychiatryczne dla dorosłych - w 2014r. i krotność porad zrealizowanych w latach 2013-2014).
7. Proporcjonalny podział średniego całkowitego kosztu bazowego 24-godzinnego funkcjonowania izby przyjęć na porady zakończone przyjęciem na oddziały szpitalne i odmowy, w oparciu o dane dotyczące zrealizowanych świadczeń w izbie przyjęć otrzymanych zarówno od świadczeniodawców (przyjęcia na oddziały) jak i od NFZ (odmowy). Obliczony w ten sposób ułamek kosztu bazowego dotyczący odmów został zastosowany jako baza w obliczonej taryfie.

Powyżej określone koszty bazy i porady stanowią podstawę do rozliczania świadczeń przez Narodowy

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 poz. 1386) oraz Zarządzenie Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Przyjęte podejście do ustalenia wartości taryfy dla izby przyjęć jest zbliżone do mechanizmu finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, w którym na wysokość ryczału dobowego składa się część za strukturę i część za funkcję. Propozycja taryfy dla psychiatrycznej izby przyjęć obejmuje dwa elementy: stałą wartość dobowego kosztu bazowego oraz część będącą iloczynem ceny jednej porady i liczby „odmów” sprawozdanych do NFZ w poprzednim okresie rozliczeniowym. Obie wartości zostały skorygowane o mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń.

Zaproponowana metoda rozliczeń, w porównaniu do obecnego sposobu finansowania, wprowadza istotne zmiany finansowe dla dużej części świadczeniodawców. Z uwagi na duże różnice pomiędzy dotychczas kontraktowaną stawką dobową a wyliczonym, zgodnie z powyższą metodyką, średnim kosztem funkcjonowania izby przyjęć, dopuszcza się zachowanie dotychczas stosowanego sposobu rozliczania świadczeń w oparciu o stawkę ryczału dobowego.

2.3.5. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń

Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń został obliczony w celu uwzględnienia w taryfie świadczeń medycznych wzrostu kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi. Wykorzystanie mnożnika ma na celu uwzględnienie zmian cen towarów/usług w wyniku zmian kosztów ponoszonych przez podmioty działające na rynku opieki zdrowotnej.

Podejście polegające na zastosowaniu mnożnika do określenia wysokości taryfy obejmuje zmiany Wysokości kosztów w trzech obszarach:

1. Wynagrodzenia;
2. Amortyzacja;
3. Koszty operacyjne (bez kosztów amortyzacji i wynagrodzeń).

Wskaźnik zmian wielkości kosztów w ramach każdej kategorii został obliczony niezależnie, a następnie został złączony w celu stworzenia mnożnika zmian wielkości kosztów świadczeń. Mnożnik jest średnią ważoną wskaźnika inflacji, wzrostu wynagrodzeń oraz średniego ważonego kosztu kapitału.

Tabela 57. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń (świadczenia stacjonarne)

Ip.	Kategoria kosztów	Udział kategorii kosztów w kosztach ogółem	Nazwa wskaźnika	Wielkość wskaźnika	Ważona wielkość wskaźnika
1	wynagrodzenia	59,0755 %	Wskaźnik wzrostu wynagrodzeń	4,1591 %	2,4570 %
2	amortyzacja	1,7541 %	Średni ważony koszt kapitału	9,4848 %	0,1664 %
3	pozostałe koszty operacyjne	39,1704 %	Wskaźnik inflacyjny	0,9968 %	0,3905 %
4	łącznie	100,0000 %	Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	3,0138 %	

Tabela 58. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń (świadczenia ambulatoryjne)

Ip.	Kategoria kosztów	Udział kategorii kosztów w kosztach ogółem	Nazwa wskaźnika	Wielkość wskaźnika	Ważona wielkość wskaźnika
1	wynagrodzenia	69,7344 %	Wskaźnik wzrostu wynagrodzeń	4,1591 %	2,9003 %
2	amortyzacja	1,3485 %	Średni ważony koszt kapitału	9,4848 %	0,1279 %
3	pozostałe koszty operacyjne	28,9171 %	Wskaźnik inflacyjny	0,9968 %	0,2882 %

4	łącznie	100%	Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	3,3165 %
---	---------	------	---	----------

Udział poszczególnych kategorii kosztów w kosztach ogółem jest wyznaczony na podstawie danych kosztowych przekazanych Agencji przez świadczeniodawców w podziale na świadczenia ambulatoryjne oraz stacjonarne.

Wszelkie szacunki i obliczenia oparte są na informacjach dostępnych w domenie publicznej. Dane pochodzą ze źródeł ogólnodostępnych, w tym badanych lub przeglądanych sprawozdań finansowych podmiotów opieki zdrowotnej notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych. W celu utrzymania obiektywnego podejścia, metodologia kalkulacji wskaźników nie wykorzystuje danych niedostępnych publicznie.

Wskaźnik inflacyjny został zastosowany w celu ujęcia wzrostu kosztów działalności operacyjnej podmiotu (z pominięciem amortyzacji oraz wynagrodzeń) oraz dla kosztów pośrednich. Do wyliczenia wskaźnika wykorzystano przeciętną stopę inflacji z okresu dwóch lat, która wynosiła 1,8% w 2013 r. oraz 0,2% w 2014 r. Przeciętna stopa inflacji została oszacowana w wysokości 0,9968%.

Wskaźnik zmian wynagrodzeń ma na celu ujęcie zmian kosztów związanych z wynagrodzeniami ze stosunku pracy, z umów zleceń i o dzieło oraz kontraktów z działalnością gospodarczą w formie prywatnej praktyki. Do jego wyznaczenia zostały wykorzystane dane z lat 2013-2014 z „Informacji na temat wyników ankiety dotyczącej wysokości wynagrodzeń z tytułu umów o pracę oraz cywilnoprawnych” opracowywanej przez Ministerstwo Zdrowia.

Do dnia przygotowania taryfy nie zostało ogłoszone Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (projekt z dnia 23 lipca 2015r.), dlatego też w wyliczeniach wskaźnika zmian wynagrodzeń nie został uwzględniony planowany wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia wyliczona stopa wzrostu wynagrodzeń wynosiła 2,65% w 2013 r. oraz 5,69% w 2014 r. Przeciętna stopa wzrostu wynagrodzeń została oszacowana w wysokości 4,1591%.

Średnioważony koszt kapitału został zastosowany w celu określenia kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi. Do jego wyznaczenia wykorzystano wskaźnik WACC (ang. Weighted Average Cost of Capital), który uwzględnia źródła pochodzenia kapitału sklasyfikowane jako kapitał własny i kapitał obcy (dług przedsiębiorstwa).

Do ustalenia kosztu kapitału własnego wykorzystano model CAPM (ang. *Capital Asset Pricing Model*). Dla oszacowanej stopy wolnej od ryzyka, współczynnika beta (współczynnik zaangażowanego kapitału) oraz premii za ryzyko rynkowe koszt kapitału własnego wynosi 6,9695 %.

Koszt kapitału obcego, będący kosztem, który przedsiębiorstwo musi ponieść przy korzystaniu z finansowania zewnętrznego, oszacowano na podstawie danych z sprawozdań MZ-03 dla samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Mając na uwadze rozpiętość kosztu kapitału obcego dla samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej oraz podmiotów notowanych na GPW, zostały przyjęte ważony średni koszt kapitału obcego w wysokości 11,8054%. Wagi zostały ustalone na podstawie danych dotyczących wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne z analizy świadczeniodawców, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od 1 stycznia 2012.

Oszacowany średnioważony koszt kapitału wynosi 9,4848 %.

2.3.6. Przekształcenie danych medyczno-kosztowych w taryfę

Taryfa poszczególnych świadczeń została ustalona poprzez odniesienie całkowitych kosztów danego świadczenia do wybranego świadczenia bazowego, któremu przypisana jest wartość jeden.

Jako świadczenie bazowe zostało wybrane świadczenie ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) – porada lekarska diagnostyczna (5.15.12.0000124), dla którego udało się zebrać największą liczbę danych od świadczeniodawców, a więc dla którego próba była najbardziej reprezentatywna.

Z uwagi na ograniczoną liczbę świadczeniodawców, którzy podjęli współpracę z Agencją jak i to, że przekazane przez nich dane były różnej jakości, dla kosztu świadczenia bazowego przyjęto maksymalne ryzyko błędu uzyskanych wyników na poziomie ufności równym 95%. Oznacza to, że wartość punktu dla świadczenia bazowego w poszczególnych wariantach mieści się w granicach wskazanych w tabeli 59.

Tabela 59. Wartość świadczenia bazowego

Przedział ufności dla ceny punktu	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
jednostkowa wartość punktu	55,38 zł	55,38 zł	89,91 zł	91,25 zł
górną granicę (+5%)	58,15 zł	58,15 zł	94,41 zł	95,81 zł
dolną granicę (-5%)	52,61 zł	52,61 zł	85,42 zł	86,68 zł

3. Taryfy

3.1. Świadczenia ambulatoryjne

W poniższej tabeli przedstawiono ustalone w Agencji taryfy dla świadczeń ambulatoryjnych z rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w 4 wariantach:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisane zostały koszty obliczone dla produktu analogicznego.
- Wariant 1a - na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została wycena NFZ.

Zestawiono je z aktualną średnią wyceną i pokazano procentową zmianę.

Szczegółowe kalkulacje taryf zawiera Załącznik nr 10.

Tabela 60. Taryfy świadczeń ambulatoryjnych

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000124	porada lekarska diagnostyczna	75,25 zł	55,38 zł	55,38 zł	89,91 zł	91,25 zł	-26%	-26%	19%	21%	1,00	1,00	1,00	1,00
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna	50,32 zł	54,88 zł	54,88 zł	59,94 zł	60,68 zł	9%	9%	19%	21%	0,99	0,99	0,67	0,67
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000258	porada kontrolna	25,29 zł	43,47 zł	43,47 zł	30,09 zł	30,42 zł	72%	72%	19%	20%	0,78	0,78	0,33	0,33
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna *	75,00 zł	53,73 zł	53,73 zł	78,85 zł	80,50 zł	-28%	-28%	5%	7%	0,97	0,97	0,88	0,88
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000259	porada psychologiczna *	67,12 zł	53,73 zł	53,73 zł	78,85 zł	80,54 zł	-20%	-20%	17%	20%	0,97	0,97	0,88	0,88
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	117,98 zł	48,39 zł	48,39 zł	109,97 zł	112,31 zł	-59%	-59%	-7%	-5%	0,87	0,87	1,22	1,23
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	83,05 zł	48,39 zł	48,39 zł	109,84 zł	111,58 zł	-42%	-42%	32%	34%	0,87	0,87	1,22	1,22
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	32,31 zł	24,20 zł	24,20 zł	36,25 zł	36,69 zł	-25%	-25%	12%	14%	0,44	0,44	0,40	0,40
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	25,62 zł	16,13 zł	16,13 zł	18,00 zł	18,27 zł	-37%	-37%	-30%	-29%	0,29	0,29	0,20	0,20

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
	dorosłych															
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	13,02 zł	17,02 zł	17,02 zł	17,82 zł	17,98 zł	31%	31%	37%	38%	0,31	0,31	0,20	0,20
04.1700.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	5.15.12.0000135	wizyta / porada domowa/ środowiskowa	100,50 zł	91,12 zł	91,12 zł	140,23 zł	141,28 zł	-9%	-9%	40%	41%	1,65	1,65	1,56	1,55
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000136	porada lekarska diagnostyczna	106,67 zł	71,79 zł	71,79 zł	234,49 zł	126,53 zł	-33%	-33%	120%	19%	1,30	1,30	2,61	1,39
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000137	porada lekarska terapeutyczna	53,39 zł	59,95 zł	59,95 zł	69,80 zł	64,10 zł	12%	12%	31%	20%	1,08	1,08	0,78	0,70
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000138	porada kontrolna	26,93 zł	29,91 zł	29,91 zł	53,15 zł	32,06 zł	11%	11%	97%	19%	0,54	0,54	0,59	0,35
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000139	porada psychologiczna diagnostyczna	104,66 zł	57,04 zł	57,04 zł	137,78 zł	112,56 zł	-45%	-45%	32%	8%	1,03	1,03	1,53	1,23
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000260	porada psychologiczna	70,26 zł	42,78 zł	42,78 zł	94,13 zł	84,26 zł	-39%	-39%	34%	20%	0,77	0,77	1,05	0,92
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	123,77 zł	51,71 zł	51,71 zł	110,93 zł	112,83 zł	-58%	-58%	-10%	-9%	0,93	0,93	1,23	1,24
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania	87,75 zł	51,71 zł	51,71 zł	126,82 zł	114,74 zł	-41%	-41%	45%	31%	0,93	0,93	1,41	1,26

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
			certyfikatu psychoterapeuty													
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000013 1	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	36,12 zł	23,93 zł	23,93 zł	36,85 zł	37,10 zł	-34%	-34%	2%	3%	0,43	0,43	0,41	0,41
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000013 2	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	29,16 zł	14,62 zł	14,62 zł	18,31 zł	18,50 zł	-50%	-50%	-37%	-37%	0,26	0,26	0,20	0,20
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000013 4	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	13,04 zł	7,52 zł	7,52 zł	18,34 zł	18,36 zł	-42%	-42%	41%	41%	0,14	0,14	0,20	0,20
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000013 5	wizyta / porada domowa/ środowiskowa	105,05 zł	50,44 zł	50,44 zł	141,13 zł	142,87 zł	-52%	-52%	34%	36%	0,91	0,91	1,57	1,57
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.22.000001 1	porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym *	91,30 zł	130,28 zł	91,30 zł	91,30 zł	91,30 zł	43%	0%	0%	0%	2,35	1,65	1,02	1,00
04.1701.001.02	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	5.15.22.000001 2	program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym *	73,92 zł	130,28 zł	130,28 zł	117,21 zł	128,67 zł	76%	76%	59%	74%	2,35	2,35	1,30	1,41
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.000012 4	porada lekarska diagnostyczna	78,34 zł	56,13 zł	56,13 zł	90,59 zł	99,24 zł	-28%	-28%	16%	27%	1,01	1,01	1,01	1,09
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.000025 7	porada lekarska terapeutyczna	52,29 zł	55,25 zł	55,25 zł	60,39 zł	67,12 zł	6%	6%	16%	28%	1,00	1,00	0,67	0,74
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.000025 8	porada kontrolna	26,24 zł	43,61 zł	43,61 zł	30,20 zł	36,92 zł	66%	66%	15%	41%	0,79	0,79	0,34	0,40
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.000012 7	porada psychologiczna diagnostyczna	78,82 zł	54,63 zł	54,63 zł	79,53 zł	91,07 zł	-31%	-31%	1%	16%	0,99	0,99	0,88	1,00

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000259	porada psychologiczna	70,53 zł	54,63 zł	54,63 zł	79,53 zł	94,02 zł	-23%	-23%	13%	33%	0,99	0,99	0,88	1,03
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	122,56 zł	49,30 zł	49,30 zł	109,60 zł	121,14 zł	-60%	-60%	-11%	-1%	0,89	0,89	1,22	1,33
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	87,97 zł	49,30 zł	49,30 zł	109,60 zł	121,14 zł	-44%	-44%	25%	38%	0,89	0,89	1,22	1,33
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	33,67 zł	24,65 zł	33,67 zł	33,67 zł	33,67 zł	-27%	0%	0%	0%	0,45	0,61	0,37	0,37
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	25,81 zł	16,43 zł	25,81 zł	25,81 zł	25,81 zł	-36%	0%	0%	0%	0,30	0,47	0,29	0,28
04.1706.007.02	leczenie nerwic	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	13,50 zł	17,32 zł	13,50 zł	13,50 zł	13,50 zł	28%	0%	0%	0%	0,31	0,24	0,15	0,15
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000124	porada lekarska diagnostyczna	77,17 zł	123,30 zł	77,17 zł	77,17 zł	77,17 zł	60%	0%	0%	0%	2,23	1,39	0,86	0,85
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna	52,84 zł	33,21 zł	52,84 zł	52,84 zł	52,84 zł	-37%	0%	0%	0%	0,60	0,95	0,59	0,58
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000258	porada kontrolna	26,86 zł	16,60 zł	26,86 zł	26,86 zł	26,86 zł	-38%	0%	0%	0%	0,30	0,48	0,30	0,29
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna	75,97 zł	81,93 zł	75,97 zł	75,97 zł	75,97 zł	8%	0%	0%	0%	1,48	1,37	0,84	0,83

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000259	porada psychologiczna	68,38 zł	32,73 zł	68,38 zł	68,38 zł	68,38 zł	-52%	0%	0%	0%	0,59	1,23	0,76	0,75
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	122,97 zł	44,99 zł	122,97 zł	122,97 zł	122,97 zł	-63%	0%	0%	0%	0,81	2,22	1,37	1,35
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	35,57 zł	23,13 zł	35,57 zł	35,57 zł	35,57 zł	-35%	0%	0%	0%	0,42	0,64	0,40	0,39
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	27,00 zł	11,57 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	-57%	0%	0%	0%	0,21	0,49	0,30	0,30
04.1780.007.02	świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	12,90 zł	7,12 zł	12,90 zł	12,90 zł	12,90 zł	-45%	0%	0%	0%	0,13	0,23	0,14	0,14
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna	52,65 zł	51,66 zł	52,65 zł	52,65 zł	52,65 zł	-2%	0%	0%	0%	0,93	0,95	0,59	0,58
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	123,20 zł	57,94 zł	123,20 zł	123,20 zł	123,20 zł	-53%	0%	0%	0%	1,05	2,22	1,37	1,35
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	87,52 zł	98,63 zł	87,52 zł	87,52 zł	87,52 zł	13%	0%	0%	0%	1,78	1,58	0,97	0,96
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000278	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	79,20 zł	20,51 zł	79,20 zł	79,20 zł	79,20 zł	-74%	0%	0%	0%	0,37	1,43	0,88	0,87

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000276	wydawanie dawek leków stosowanych w celu obniżenia poziomu testosteronu oraz pomocniczo w terapii zaburzeń preferencji seksualnych	2,11 zł	23,95 zł	2,11 zł	2,11 zł	2,11 zł	1037%	0%	0%	0%	0,43	0,04	0,02	0,02
04.1780.008.02	program terapii zaburzeń preferencji seksualnych	5.15.12.0000277	diagnostyka i kontrola laboratoryjna	0,61 zł	23,95 zł	0,61 zł	0,61 zł	0,61 zł	3799%	0%	0%	0%	0,43	0,01	0,01	0,01
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna	71,90 zł	62,93 zł	62,93 zł	85,75 zł	89,31 zł	-12%	-12%	19%	24%	1,14	1,14	0,95	0,98
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000259	porada psychologiczna	63,49 zł	62,93 zł	62,93 zł	85,75 zł	89,31 zł	-1%	-1%	35%	41%	1,14	1,14	0,95	0,98
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę	113,38 zł	57,59 zł	57,59 zł	112,68 zł	123,90 zł	-49%	-49%	-1%	9%	1,04	1,04	1,25	1,36
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	79,08 zł	57,59 zł	57,59 zł	112,71 zł	128,29 zł	-27%	-27%	43%	62%	1,04	1,04	1,25	1,41
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	30,13 zł	31,49 zł	30,13 zł	30,13 zł	30,13 zł	5%	0%	0%	0%	0,57	0,54	0,34	0,33
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej (uczestnik)	24,89 zł	19,20 zł	24,89 zł	24,89 zł	24,89 zł	-23%	0%	0%	0%	0,35	0,45	0,28	0,27
04.1790.007.02	świadczenia psychologiczne	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	11,79 zł	20,09 zł	11,79 zł	11,79 zł	11,79 zł	70%	0%	0%	0%	0,36	0,21	0,13	0,13

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1707.007.02	świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	5.15.12.0000150	porada lekarska diagnostyczna	101,96 zł	150,96 zł	150,96 zł	148,25 zł	133,22 zł	48%	48%	45%	31%	2,73	2,73	1,65	1,46
04.1707.007.02	świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	5.15.22.0000011	porada kompleksowo - konsultacyjna dla osób z autyzmem dziecięcym	86,75 zł	100,95 zł	100,95 zł	120,27 zł	121,05 zł	16%	16%	39%	40%	1,82	1,82	1,34	1,33
04.1707.007.02	świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju	5.15.22.0000012	program terapeutyczno - rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym	66,96 zł	100,95 zł	100,95 zł	122,07 zł	121,05 zł	51%	51%	82%	81%	1,82	1,82	1,36	1,33
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000261	wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa	121,76 zł	62,53 zł	62,53 zł	141,77 zł	145,91 zł	-49%	-49%	16%	20%	1,13	1,13	1,58	1,60
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000262	wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa	152,77 zł	100,14 zł	100,14 zł	259,67 zł	265,08 zł	-34%	-34%	70%	74%	1,81	1,81	2,89	2,91
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000149	porada lekarska diagnostyczna	81,06 zł	51,64 zł	51,64 zł	90,20 zł	93,49 zł	-36%	-36%	11%	15%	0,93	0,93	1,00	1,02
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna	53,22 zł	34,43 zł	34,43 zł	60,13 zł	61,73 zł	-35%	-35%	13%	16%	0,62	0,62	0,67	0,68
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000258	porada kontrolna	26,63 zł	17,21 zł	17,21 zł	30,07 zł	30,87 zł	-35%	-35%	13%	16%	0,31	0,31	0,33	0,34
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000127	porada psychologiczna diagnostyczna	81,92 zł	86,74 zł	86,74 zł	79,14 zł	82,38 zł	6%	6%	-3%	1%	1,57	1,57	0,88	0,90

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000259	porada psychologiczna	71,85 zł	54,11 zł	54,11 zł	79,14 zł	81,27 zł	-25%	-25%	10%	13%	0,98	0,98	0,88	0,89
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000263	wizyta terapeuty środowiskowego	27,58 zł	36,58 zł	36,58 zł	36,58 zł	40,69 zł	33%	33%	33%	48%	0,66	0,66	0,41	0,45
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000265	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez psychoterapeutę	122,55 zł	48,77 zł	48,77 zł	112,02 zł	115,79 zł	-60%	-60%	-9%	-6%	0,88	0,88	1,25	1,27
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000266	sesja psychoterapii indywidualnej * - wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	90,00 zł	48,77 zł	48,77 zł	111,66 zł	114,17 zł	-46%	-46%	24%	27%	0,88	0,88	1,24	1,25
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000131	sesja psychoterapii rodzinnej * (uczestnik)	36,05 zł	24,39 zł	24,39 zł	37,19 zł	37,39 zł	-32%	-32%	3%	4%	0,44	0,44	0,41	0,41
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000132	sesja psychoterapii grupowej * (uczestnik)	26,23 zł	16,26 zł	26,23 zł	26,23 zł	26,23 zł	-38%	0%	0%	0%	0,29	0,47	0,29	0,29
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000134	sesja wsparcia psychospołecznego (uczestnik)	13,54 zł	27,14 zł	13,54 zł	13,54 zł	13,54 zł	100%	0%	0%	0%	0,49	0,24	0,15	0,15
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000268	porada LU lekarska diagnostyczna	73,41 zł	76,16 zł	76,16 zł	88,45 zł	89,82 zł	4%	4%	20%	22%	1,38	1,38	0,98	0,98
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000269	porada/wizyta LU diagnostyczna	73,80 zł	74,48 zł	74,48 zł	80,06 zł	81,90 zł	1%	1%	8%	11%	1,35	1,35	0,89	0,90
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000279	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	24,42 zł	42,90 zł	42,90 zł	29,48 zł	29,94 zł	76%	76%	21%	23%	0,77	0,77	0,33	0,33
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000271	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	49,03 zł	50,15 zł	50,15 zł	51,59 zł	53,67 zł	2%	2%	5%	9%	0,91	0,91	0,57	0,59
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000146	wizyta LU instruktora terapii	24,88 zł	49,49 zł	49,49 zł	23,22 zł	23,57 zł	99%	99%	-7%	-5%	0,89	0,89	0,26	0,26

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
			uzależnień *													
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000130	sesja LU psychoterapii indywidualnej	96,82 zł	72,70 zł	72,70 zł	106,91 zł	109,10 zł	-25%	-25%	10%	13%	1,31	1,31	1,19	1,20
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000266	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	80,99 zł	72,70 zł	72,70 zł	106,23 zł	106,84 zł	-10%	-10%	31%	32%	1,31	1,31	1,18	1,17
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000131	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	34,65 zł	30,63 zł	30,63 zł	36,08 zł	36,15 zł	-12%	-12%	4%	4%	0,55	0,55	0,40	0,40
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000272	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	24,48 zł	23,73 zł	23,73 zł	35,73 zł	36,02 zł	-3%	-3%	46%	47%	0,43	0,43	0,40	0,39
04.1740.007.02	leczenie uzależnień	5.15.12.0000147	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	8,24 zł	7,27 zł	7,27 zł	10,51 zł	10,58 zł	-12%	-12%	27%	28%	0,13	0,13	0,12	0,12
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000268	porada LU lekarska diagnostyczna	80,86 zł	62,35 zł	80,86 zł	80,86 zł	80,86 zł	-23%	0%	0%	0%	1,13	1,46	0,90	0,89
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000269	porada/wizyta LU diagnostyczna	81,00 zł	55,89 zł	81,00 zł	81,00 zł	81,00 zł	-31%	0%	0%	0%	1,01	1,46	0,90	0,89
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000279	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	27,00 zł	38,66 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	43%	0%	0%	0%	0,70	0,49	0,30	0,30
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000271	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	54,00 zł	48,29 zł	54,00 zł	54,00 zł	54,00 zł	-11%	0%	0%	0%	0,87	0,98	0,60	0,59
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000146	wizyta LU instruktora terapii uzależnień *	27,00 zł	40,46 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	50%	0%	0%	0%	0,73	0,49	0,30	0,30
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000130	sesja LU psychoterapii	103,67 zł	54,11 zł	103,67 zł	103,67 zł	103,67 zł	-48%	0%	0%	0%	0,98	1,87	1,15	1,14

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
			indywidualnej													
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000266	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	87,27 zł	54,11 zł	87,27 zł	87,27 zł	87,27 zł	-38%	0%	0%	0%	0,98	1,58	0,97	0,96
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000131	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	36,00 zł	22,59 zł	36,00 zł	36,00 zł	36,00 zł	-37%	0%	0%	0%	0,41	0,65	0,40	0,39
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000272	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	27,00 zł	33,15 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	23%	0%	0%	0%	0,60	0,49	0,30	0,30
04.1742.007.02	świadczenia antynikotynowe	5.15.12.0000147	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	9,00 zł	7,64 zł	9,00 zł	9,00 zł	9,00 zł	-15%	0%	0%	0%	0,14	0,16	0,10	0,10
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000268	porada LU lekarska diagnostyczna	76,98 zł	82,62 zł	82,62 zł	94,90 zł	95,30 zł	7%	7%	23%	24%	1,49	1,49	1,06	1,04
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000269	porada/wizyta LU diagnostyczna	76,74 zł	61,73 zł	61,73 zł	85,62 zł	86,08 zł	-20%	-20%	12%	12%	1,11	1,11	0,95	0,94
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000279	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	25,51 zł	22,80 zł	22,80 zł	31,63 zł	31,77 zł	-11%	-11%	24%	25%	0,41	0,41	0,35	0,35

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000271	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	51,43 zł	61,62 zł	61,62 zł	55,89 zł	56,12 zł	20%	20%	9%	9%	1,11	1,11	0,62	0,61
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000146	wizyta LU instruktora terapii uzależnień *	25,66 zł	53,79 zł	53,79 zł	27,52 zł	27,59 zł	110%	110%	7%	8%	0,97	0,97	0,31	0,30
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000130	sesja LU psychoterapii indywidualnej	101,69 zł	81,31 zł	81,31 zł	114,19 zł	114,71 zł	-20%	-20%	12%	13%	1,47	1,47	1,27	1,26
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000266	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	84,19 zł	81,31 zł	81,31 zł	111,46 zł	113,08 zł	-3%	-3%	32%	34%	1,47	1,47	1,24	1,24
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000131	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	33,41 zł	38,97 zł	38,97 zł	36,99 zł	38,16 zł	17%	17%	11%	14%	0,70	0,70	0,41	0,42
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	5.15.12.0000272	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	25,62 zł	27,31 zł	27,31 zł	38,15 zł	38,17 zł	7%	7%	49%	49%	0,49	0,49	0,42	0,42
04.1744.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od	5.15.12.0000147	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	8,40 zł	8,13 zł	8,13 zł	11,29 zł	11,30 zł	-3%	-3%	34%	34%	0,15	0,15	0,13	0,12

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
	alkoholu i współuzależnienia															
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000268	porada LU lekarska diagnostyczna	79,39 zł	78,90 zł	79,39 zł	79,39 zł	79,39 zł	-1%	0%	0%	0%	1,42	1,43	0,88	0,87
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000269	porada/wizyta LU diagnostyczna	78,17 zł	113,68 zł	78,17 zł	78,17 zł	78,17 zł	45%	0%	0%	0%	2,05	1,41	0,87	0,86
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000279	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	25,68 zł	43,81 zł	25,68 zł	25,68 zł	25,68 zł	71%	0%	0%	0%	0,79	0,46	0,29	0,28
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000271	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	52,55 zł	42,59 zł	52,55 zł	52,55 zł	52,55 zł	-19%	0%	0%	0%	0,77	0,95	0,58	0,58
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000146	wizyta LU instruktora terapii uzależnień *	26,27 zł	29,07 zł	26,27 zł	26,27 zł	26,27 zł	11%	0%	0%	0%	0,52	0,47	0,29	0,29
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000130	sesja LU psychoterapii indywidualnej	106,28 zł	54,11 zł	106,28 zł	106,28 zł	106,28 zł	-49%	0%	0%	0%	0,98	1,92	1,18	1,16
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000266	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	89,33 zł	54,11 zł	89,33 zł	89,33 zł	89,33 zł	-39%	0%	0%	0%	0,98	1,61	0,99	0,98
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000131	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	35,85 zł	26,39 zł	35,85 zł	35,85 zł	35,85 zł	-26%	0%	0%	0%	0,48	0,65	0,40	0,39

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000027 2	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	25,94 zł	14,89 zł	25,94 zł	25,94 zł	25,94 zł	-43%	0%	0%	0%	0,27	0,47	0,29	0,28
04.1743.007.02	świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	5.15.12.000014 7	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	9,08 zł	7,64 zł	9,08 zł	9,08 zł	9,08 zł	-16%	0%	0%	0%	0,14	0,16	0,10	0,10
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.000026 8	porada LU lekarska diagnostyczna	76,80 zł	84,94 zł	84,94 zł	97,23 zł	99,09 zł	11%	11%	27%	29%	1,53	1,53	1,08	1,09
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.000026 9	porada/wizyta LU diagnostyczna	75,66 zł	87,08 zł	87,08 zł	90,77 zł	91,85 zł	15%	15%	20%	21%	1,57	1,57	1,01	1,01
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.000027 9	porada LU lekarska terapeutyczna (kolejna)	25,63 zł	45,83 zł	45,83 zł	32,41 zł	33,03 zł	79%	79%	26%	29%	0,83	0,83	0,36	0,36
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.000027 1	porada/wizyta LU terapeutyczna (kolejna)	50,10 zł	70,89 zł	70,89 zł	57,44 zł	58,13 zł	41%	41%	15%	16%	1,28	1,28	0,64	0,64
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.000014 6	wizyta LU instruktora terapii uzależnień	25,24 zł	55,34 zł	55,34 zł	29,07 zł	29,10 zł	119%	119%	15%	15%	1,00	1,00	0,32	0,32

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.0000130	sesja LU psychoterapii indywidualnej	101,51 zł	84,41 zł	84,41 zł	121,75 zł	123,35 zł	-17%	-17%	20%	22%	1,52	1,52	1,35	1,35
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.0000266	sesja LU psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	83,90 zł	84,41 zł	84,41 zł	125,45 zł	129,75 zł	1%	1%	50%	55%	1,52	1,52	1,40	1,42
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.0000131	sesja LU psychoterapii rodzinnej (uczestnik)	34,24 zł	37,83 zł	37,83 zł	39,72 zł	40,04 zł	10%	10%	16%	17%	0,68	0,68	0,44	0,44
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.0000272	sesja LU psychoterapii grupowej (uczestnik)	25,49 zł	28,60 zł	28,60 zł	39,93 zł	39,94 zł	12%	12%	57%	57%	0,52	0,52	0,44	0,44
04.1746.007.02	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	5.15.12.0000147	sesja LU psychoedukacyjna (uczestnik)	8,48 zł	8,44 zł	8,48 zł	8,48 zł	8,48 zł	0%	0%	0%	0%	0,15	0,15	0,09	0,09
04.1740.008.02	program leczenia substytucyjnego *	5.15.22.0000022	program leczenia substytucyjnego metadonem (uczestnik programu)	34,82 zł	51,48 zł	51,48 zł	47,32 zł	21,84 zł	48%	48%	36%	-37%	0,93	0,93	0,53	0,24
04.1740.008.02	program leczenia substytucyjnego *	5.15.22.0000023	program leczenia substytucyjnego metadonem (uczestnik)	25,73 zł	37,43 zł	37,43 zł	40,29 zł	21,84 zł	45%	45%	57%	-15%	0,68	0,68	0,45	0,24

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
			programu)													
04.1740.008.02	program leczenia substytucyjnego *	5.15.22.0000024	program leczenia substytucyjnego innym lekiem niż metadon (uczestnik programu)	35,03 zł	74,62 zł	74,62 zł	43,60 zł	29,32 zł	113%	113%	24%	-16%	1,35	1,35	0,48	0,32
04.1740.008.02	program leczenia substytucyjnego *	5.15.22.0000025	program leczenia substytucyjnego innym lekiem niż metadon (uczestnik programu)	25,73 zł	37,43 zł	37,43 zł	31,99 zł	25,56 zł	45%	45%	24%	-1%	0,68	0,68	0,36	0,28

3.2. Świadczenia stacjonarne

W poniższej tabeli przedstawiono ustalone w Agencji taryfy dla świadczeń stacjonarnych z rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w 4 wariantach:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisane zostały koszty obliczone dla produktu analogicznego.
- Wariant 1a - na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została wycena NFZ.

Zestawiono je z aktualną średnią wyceną i pokazano procentową zmianę.

Szczegółowe kalkulacje taryf zawiera Załącznik nr 11.

Tabela 61. Taryfy świadczeń stacjonarnych

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.4700.021.02	świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	5.15.12.0000034	osobodzień w oddziale psychiatrycznym	163,68 zł	216,35 zł	216,35 zł	155,81 zł	159,17 zł	32%	32%	-5%	-3%	3,91	3,91	1,73	1,74
04.4701.001.02	świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000160	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	217,44 zł	239,77 zł	239,77 zł	251,56 zł	248,88 zł	10%	10%	16%	14%	4,33	4,33	2,80	2,73
04.4710.001.02	świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	5.15.12.0000164	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie	163,45 zł	169,99 zł	169,99 zł	163,45 zł	181,44 zł	4%	4%	0%	11%	3,07	3,07	1,82	1,99
04.4710.001.02	świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie	5.15.12.0000058	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla chorych na gruźlicę	179,95 zł	178,37 zł	178,37 zł	179,95 zł	223,70 zł	-1%	-1%	0%	24%	3,22	3,22	2,00	2,45
04.4716.021.02	świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych	5.15.12.0000061	osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla przewlekle chorych	101,52 zł	200,22 zł	200,22 zł	101,52 zł	154,45 zł	97%	97%	0%	52%	3,62	3,62	1,13	1,69
04.4712.021.02	świadczenia psychogeriatryczne	5.15.12.0000055	osobodzień w oddziale psychogeriatrycznym	179,60 zł	150,79 zł	150,79 zł	178,01 zł	181,49 zł	-16%	-16%	-1%	1%	2,72	2,72	1,98	1,99
04.4702.021.02	świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	5.15.12.0000040	osobodzień w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej	144,45 zł	142,56 zł	142,56 zł	144,45 zł	153,85 zł	-1%	-1%	0%	7%	2,57	2,57	1,61	1,69
04.4704.021.02	leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych	5.15.12.0000046	osobodzień w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych	136,64 zł	139,94 zł	139,94 zł	166,20 zł	169,71 zł	2%	2%	22%	24%	2,53	2,53	1,85	1,86
04.4707.021.02	leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000171	osobodzień w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży	155,60 zł	172,67 zł	172,67 zł	155,60 zł	184,75 zł	11%	11%	0%	19%	3,12	3,12	1,73	2,02
04.4700.002.02	leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych	5.15.12.0000274	leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (uczestnik)	240,34 zł	238,31 zł	238,31 zł	340,52 zł	148,66 zł	-1%	-1%	42%	-38%	4,30	4,30	3,79	1,63

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.4730.021.02	świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia	5.15.12.0000064	osobodzeń w oddziale psychiatrii sądowej	189,90 zł	189,90 zł	189,90 zł	189,90 zł	151,24 zł	0%	0%	0%	-20%	3,43	3,43	2,11	1,66
04.4732.021.02	świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	5.15.12.0000070	osobodzeń w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	264,78 zł	325,55 zł	325,55 zł	161,15 zł	168,76 zł	23%	23%	-39%	-36%	5,88	5,88	1,79	1,85
04.4733.021.02	świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	5.15.12.0000175	osobodzeń w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	259,79 zł	259,79 zł	259,79 zł	259,79 zł	305,75 zł	0%	0%	0%	18%	4,69	4,69	2,89	3,35
04.5172.003.02	świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	5.15.12.0000215	osobodzeń w zakładzie / oddziale opiekuńczo - leczniczym psychiatrycznym	91,04 zł	114,60 zł	114,60 zł	103,48 zł	106,51 zł	26%	26%	14%	17%	2,07	2,07	1,15	1,17
04.5171.003.02	świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000217	osobodzeń w zakładzie / oddziale opiekuńczo - leczniczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	118,34 zł	118,34 zł	118,34 zł	118,34 zł	118,34 zł	0%	0%	0%	0%	2,14	2,14	1,32	1,30
04.5162.003.02	świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych	5.15.12.0000219	osobodzeń w zakładzie / oddziale pielęgnacyjno - opiekuńczym psychiatrycznym	98,40 zł	98,40 zł	98,40 zł	98,40 zł	98,40 zł	0%	0%	0%	0%	1,78	1,78	1,09	1,08
04.5163.003.02	świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000221	osobodzeń w zakładzie / oddziale pielęgnacyjno - opiekuńczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	100,00 zł	114,02 zł	114,02 zł	98,53 zł	166,99 zł	14%	14%	-1%	67%	2,06	2,06	1,10	1,83
04.2720.001.02	świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu	5.15.12.0000223	osobodzeń w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi	78,40 zł	97,65 zł	97,65 zł	78,40 zł	113,49 zł	25%	25%	0%	45%	1,76	1,76	0,87	1,24
04.2720.001.02	świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu	5.15.12.0000227	osobodzeń w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla młodzieży	125,46 zł	118,18 zł	118,18 zł	125,46 zł	163,64 zł	-6%	-6%	0%	30%	2,13	2,13	1,40	1,79

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.2732.020.02	świadczenia w opiece domowej/ rodzinnej	5.15.12.0000231	osobodzień w opiece domowej/ rodzinnej	27,00 zł	28,39 zł	28,39 zł	27,00 zł	18,48 zł	5%	5%	0%	-32%	0,51	0,51	0,30	0,20
04.4742.021.02	leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	5.15.12.0000177	osobodzień w oddziale / ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	192,22 zł	154,46 zł	154,46 zł	165,89 zł	174,19 zł	-20%	-20%	-14%	-9%	2,79	2,79	1,84	1,91
04.4748.021.02	leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)	5.15.12.0000181	osobodzień w oddziale / ośrodku leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	197,77 zł	146,16 zł	146,16 zł	182,37 zł	181,93 zł	-26%	-26%	-8%	-8%	2,64	2,64	2,03	1,99
04.4740.002.02	leczenie uzależnień stacjonarne	5.15.12.0000079	osobodzień w oddziale/ośrodku leczenia uzależnień	127,54 zł	102,17 zł	102,17 zł	130,17 zł	127,99 zł	-20%	-20%	2%	0%	1,84	1,84	1,45	1,40
04.4744.001.02	świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	5.15.12.0000085	osobodzień w oddziale /ośrodku terapii uzależnień od alkoholu	129,08 zł	113,26 zł	113,26 zł	130,85 zł	137,40 zł	-12%	-12%	1%	6%	2,05	2,05	1,46	1,51
04.4746.021.02	krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	5.15.12.0000187	osobodzień w oddziale / ośrodku terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	120,99 zł	115,05 zł	115,05 zł	120,99 zł	144,78 zł	-5%	-5%	0%	20%	2,08	2,08	1,35	1,59
04.4754.021.02	świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza)	5.15.12.0000191	osobodzień w oddziale /ośrodku terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi	128,64 zł	116,66 zł	116,66 zł	128,64 zł	137,31 zł	-9%	-9%	0%	7%	2,11	2,11	1,43	1,50
04.4750.021.02	świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	5.15.12.0000195	osobodzień w oddziale / ośrodku rehabilitacji dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych	95,04 zł	72,46 zł	72,46 zł	95,04 zł	132,15 zł	-24%	-24%	0%	39%	1,31	1,31	1,06	1,45

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.4756.021.02	świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)	5.15.12.0000199	osobodzień w oddziale / ośrodku rehabilitacji dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi	149,43 zł	149,94 zł	149,94 zł	149,43 zł	181,42 zł	0%	0%	0%	21%	2,71	2,71	1,66	1,99
04.4736.021.02	świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	5.15.12.0000076	osobodzień w oddziale odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu	270,00 zł	376,16 zł	376,16 zł	270,00 zł	259,85 zł	39%	39%	0%	-4%	6,79	6,79	3,00	2,85
04.4737.021.02	świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	5.15.12.0000203	osobodzień w oddziale odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży	225,00 zł	225,00 zł	225,00 zł	225,00 zł	225,00 zł	0%	0%	0%	0%	4,06	4,06	2,50	2,47
04.2724.021.02	świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu	5.15.12.0000233	osobodzień w hostelu dla uzależnionych od alkoholu	63,11 zł	69,95 zł	69,95 zł	63,11 zł	93,49 zł	11%	11%	0%	48%	1,26	1,26	0,70	1,02
04.2726.021.02	świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	5.15.12.0000236	osobodzień w hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	60,06 zł	72,29 zł	72,29 zł	60,06 zł	135,56 zł	20%	20%	0%	126%	1,31	1,31	0,67	1,49
04.2700.020.02	świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	5.15.12.0000205	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym ogólnym	89,68 zł	124,06 zł	124,06 zł	92,55 zł	92,77 zł	38%	38%	3%	3%	2,24	2,24	1,03	1,02
04.2702.020.02	świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych	5.15.12.0000007	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym	90,41 zł	55,52 zł	55,52 zł	83,94 zł	86,03 zł	-39%	-39%	-7%	-5%	1,00	1,00	0,93	0,94
04.2701.001.02	świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000207	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci	112,91 zł	71,21 zł	71,21 zł	112,91 zł	116,55 zł	-37%	-37%	0%	3%	1,29	1,29	1,26	1,28

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM				zmiana %				Taryfa punktowa			
					wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 2	wariant 3
04.2701.001.02	świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	5.15.12.0000004	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży	111,69 zł	80,07 zł	80,07 zł	111,69 zł	94,56 zł	-28%	-28%	0%	-15%	1,45	1,45	1,24	1,04
04.2708.001.02	świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	5.15.12.0000275	osobodzień w oddziale dziennym dla osób z autyzmem dziecięcym	115,29 zł	115,29 zł	115,29 zł	115,29 zł	115,29 zł	0%	0%	0%	0%	2,08	2,08	1,28	1,26
04.2704.020.02	świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	5.15.12.0000209	osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym geriatrycznym	93,24 zł	75,65 zł	75,65 zł	93,24 zł	89,59 zł	-19%	-19%	0%	-4%	1,37	1,37	1,04	0,98
04.2706.020.02	świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	5.15.12.0000016	osobodzień w oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych	100,56 zł	121,66 zł	121,66 zł	94,52 zł	95,65 zł	21%	21%	-6%	-5%	2,20	2,20	1,05	1,05
04.2712.020.02	świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	5.15.12.0000022	osobodzień w oddziale dziennym terapii uzależnienia od alkoholu	84,52 zł	76,13 zł	76,13 zł	93,47 zł	92,69 zł	-10%	-10%	11%	10%	1,37	1,37	1,04	1,02
04.2714.020.02	świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	5.15.12.0000211	osobodzień w oddziale dziennym terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	90,80 zł	90,80 zł	90,80 zł	90,80 zł	90,80 zł	0%	0%	0%	0%	1,64	1,64	1,01	1,00
04.2714.020.02	świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	5.15.12.0000267	osobodzień w oddziale dziennym terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży	88,61 zł	88,61 zł	88,61 zł	88,61 zł	88,61 zł	0%	0%	0%	0%	1,60	1,60	0,99	0,97
04.2740.021.02	świadczenia dzienne leczenia uzależnień	5.15.12.0000213	osobodzień w ośrodku leczenia uzależnień, bliżej niescharakteryzowanych	91,64 zł	91,64 zł	91,64 zł	91,64 zł	91,64 zł	0%	0%	0%	0%	1,65	1,65	1,02	1,00

4. Opinie ekspertów

W trakcie prac nad niniejszym opracowaniem zwrócono się do Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii z prośbą o opinię w kluczowych kwestiach, które pojawiły się w toku procesu analitycznego.

Do Agencji wpłynęło także pismo od Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii z uwagami, które wg KBdSPN należy wziąć pod uwagę przy weryfikacji taryf w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Tabela 62. Opinie ekspertów klinicznych

Ekspert / Towarzystwo/ Stowarzyszenie	Treść opinii
Prof. Piotr Gałecki KK ds psychiatrii	rozpoznania (ICD-10), dla których należy skrócić długość hospitalizacji pełnopłatnej (100% stawki za osobodzień)
	a) Rozpoznania chorych dorosłych <i>Rekomenduję pozostawienie takich limitów czasowych jak obowiązują obecnie wg załącznika nr1 do zarządzenia nr 78/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2014</i>
	b) Rozpoznania dla dzieci i młodzieży <i>Rekomenduję pozostawienie takich limitów czasowych jak obowiązują obecnie wg załącznika nr1 do zarządzenia nr 78/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2014</i>
	Jaką wartość długości hospitalizacji dla pełnej płatności należy przyjąć w przypadku rozpoznań z pkt1
	c) Rozpoznania chorych dorosłych <i>Proponuję obniżenie o 25% 1 pkt-u na dobę przekroczonego limitu, nie mniej niż 50% stawki dziennej</i>
	d) Rozpoznania dla dzieci i młodzieży <i>Proponuję obniżenie o 25% 1 pkt-u na dobę przekroczonego limitu, nie mniej niż 50% stawki dziennej</i>
	Dla jakich rozpoznań powinno się wydłużyć czas hospitalizacji pełnopłatnej poza obecnie obowiązujący, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ
	e) Rozpoznania chorych dorosłych <i>Bezwzględnie dla rozpoznań wg ICD-10: F00;F01; F02; F03; F05; F06; F20; F22; F25; F30.2; F31.2; F31.5; F31.6; ; F32.3; F33.3; F42;</i>
	f) Rozpoznania dla dzieci i młodzieży <i>F20; F30.2; F31.2; F31.5; F31.6; ; F32.3; F33.3; F42; F43.02; F43.1; F43.21 F50; F84; F92;</i>
	Co przemawia za wprowadzeniem nowych czasów hospitalizacji dla rozpoznań z pkt 4
	g) Rozpoznania chorych dorosłych <i>Jednostki chorobowe ww są z definicji poważnymi, długotrwałymi, często remitującymi jednostkami chorobowymi. Ograniczenie czasu ich pełnopłatnej hospitalizacji naraziłoby pacjentów cierpiących na nie na poważne ryzyko pogorszenia udzielania świadczeń. Poza tym paradoksalnie ograniczylibyśmy dostęp do świadczeń osobom najciężej chorym.</i>
	h) Rozpoznania dla dzieci i młodzieży <i>Jednostki chorobowe ww są z definicji poważnymi, długotrwałymi, często remitującymi jednostkami chorobowymi. Ograniczenie czasu ich pełnopłatnej hospitalizacji naraziłoby pacjentów cierpiących na nie na poważne ryzyko pogorszenia udzielania świadczeń. Poza tym paradoksalnie ograniczylibyśmy dostęp do świadczeń osobom najciężej chorym.</i>
	Jaka powinna być relacja personelu (lekarz(e), pielęgniarka(i), psycholog(dzy), terapeuta(ci), rehabilitanci) w oddziale psychiatrycznym ogólnym, oddziale dziennym, oddziale rehabilitacji psychiatrycznej, hostelu aby proces leczenia był prowadzony w sposób optymalny - czy ilość personelu zależy od profilu oddziału (uzależnienie, zaburzenia nerwicowe etc.)
	i) dorośli <i>Na 45 łóżek minimum: 4 lekarzy, 2 psychologów, pielęgniarki (w przeliczn ku nie mniej niż 1 na 3 łóżka – poza oddziałami terapeutycznymi, jak np. terapia uzależnień itp.), terapeuci, rehabilitanci do decyzji Kierown ka jednostki w zależności od rodzaju oddziału</i> <i>Ilość personelu zależy od profilu oddziału</i>
	j) dzieci i młodzież <i>Na 30 łóżek 4 lekarzy, pielęgniarki 1 na 3 łóżka, 3 psychologów, terapeuci i rehabilitanci jak wyżej</i> <i>Ilość personelu zależy od profilu oddziału</i>

<p>Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii</p>	<p>KBPN zwraca uwagę na kwestie dysproporcji kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń dla dzieci i młodzieży (poniżej 18 r.ż.) uzależnionych od środków psychoaktywnych innych niż alkohol udzielanych w:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oddziale / ośrodku terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych lub ośrodek leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych, • Oddziale / ośrodku terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi lub ośrodku leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych, • Oddziale / ośrodku rehabilitacyjnego dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub ośrodka leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych, • Hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, <p>w porównaniu z tym samym rodzajem świadczeń udzielanych dla osób dorosłych.</p> <p>Uzasadnienie: Dzieci i młodzież ze względu na wiek, trwający rozwój fizyczny i psychiczny, brak codziennej obecności rodziców/opiekunów podczas terapii i rehabilitacji wymagają rozszerzonej specjalistycznej opieki, a w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenia liczby kadry terapeutycznej i wychowawczo-opiekuńczej, • zapewnienia opieki lekarza pediatry i psychiatry dzieci i młodzieży, • organizowania terapii rodzinnej i spotkań z rodzicami, • organizacji zajęć ogólnorozwojowych. • zapewnienia możliwości kontynuacji nauki na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, • zapewnienie wyżywienia odpowiadającego potrzebom rozwijającego się organizmu. <p>Zagwarantowanie odpowiedniej jakości świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych w zakresie terapii i rehabilitacji a także postrehabilitacji dzieci i młodzieży uzależnionych bądź używających szkodliwie środków psychoaktywnych wymaga znacznie lepszych warunków i przez to wyższych nakładów finansowych niż w przypadku świadczeń z tego zakresu udzielanych osobom dorosłym. Toteż świadczenia te jak i warunki ich realizacji powinny być wyspecyfikowane i spełniać wyższe standardy niż te same świadczenia dla osób dorosłych, a tym samym być wyżej punktowane przez NFZ.</p> <p>Warto podkreślić, że zagwarantowanie odpowiednich standardów opieki dzieciom i młodzieży jest bardzo istotne ze względu na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obniżający się wiek inicjacji alkoholowej czy narkotykowej a także występujących uzależnień behawioralnych, • Duży poziom destrukcji u dzieci i młodzieży związany z przyjmowaniem środków psychoaktywnych i/lub innymi uzależnieniami • Wczesna interwencja pomaga zapobiec narastającej patologii i w konsekwencji marginalizacji młodych osób, • Proces terapii i rehabilitacji powinien przebiegać w grupach zbliżonych wiekowo. Nie powinny osoby nieletnie przebywać w oddziałach z dorosłymi, a proces terapii powinien być zindywidualizowany i powinien odpowiadać na potrzeby rozwojowe pacjentów.
--	--

Dodatkowo, uwagi do analizowanego rodzaju świadczeń gwarantowanych zgłaszali eksperci zewnętrzni, którzy przygotowywali referencyjne przebiegi świadczeń. Wskazano je bezpośrednio przy właściwych opisach referencyjnych przebiegów świadczeń ujętych w Załączniku nr 2, 3 i 4.

5. Ocena wpływu na budżet płatnika publicznego

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie i wartości zrealizowanych produktów jednostkowych w roku 2014, według stanu na dzień 3 czerwca 2015 roku. Należy mieć na uwadze fakt, iż wartość świadczeń zrealizowanych uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Wartość świadczeń zrealizowanych w 2014 roku w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wg stanu na dzień 3 czerwca 2015 roku, wyniosła 2 328 291 297,39 PLN.

Poniesione przez NFZ wydatki zestawiono z kosztami związanymi z wprowadzeniem nowej taryfy świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień w 4 wariantach:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisane zostały koszty obliczone dla produktu analogicznego.
- Wariant 1a - na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została wycena NFZ.

Ponadto, w analizie wpływu na budżet płatnika zostały uwzględnione informacje na temat liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia w psychiatrii w oparciu o dane przekazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na czerwiec 2015 r.). Z uwagi na rozbieżność w prowadzeniu list oczekujących na świadczenia przez NFZ (listy są prowadzone z przypisaniem liczby pacjentów do konkretnej komórki organizacyjnej, a nie świadczenia) a koniecznością przypisania liczby pacjentów do poszczególnych produktów rozliczeniowych podlegających taryfikacji zastosowano metodę ekstrapolacji. Antycypowania dokonano na podstawie danych dotyczących liczby faktycznie zrealizowanych produktów rozliczeniowych w psychiatrii w roku 2014. W przypadku produktów rozliczeniowych wyrażonych osobodniem dokonano przemnożenia przez średni czas pobytu (dane NFZ 2014 r.). Dla produktów dotyczących sesji terapeutycznych przeliczenia dokonano na podstawie informacji przekazanej przez eksperta dotyczącej szacunkowej liczby sesji terapeutycznych w roku (12 sesji), a w przypadku sesji grupowych liczności grupy terapeutycznej (12 osób).

W lecznictwie szpitalnym, w wariantie 1 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 319,3 mln PLN, co odpowiada 18% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 395,6 mln PLN, co odpowiada 22% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantie 1 w świadczeniach szpitalnych miał miejsce w 17 produktach rozliczeniowych, spadek również w 17, bez zmian pozostało 9 produktów.

W lecznictwie szpitalnym, w wariantie 1a wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 370 mln PLN, co odpowiada 21% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 454 mln PLN, co odpowiada 25% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantie 1 w świadczeniach szpitalnych miał miejsce w 17 produktach rozliczeniowych, spadek również w 17, bez zmian pozostało 9 produktów.

W lecznictwie szpitalnym, w wariantie 2 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 1 mln PLN, co odpowiada 0,1% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 85,3 mln PLN, co odpowiada 5% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantie 2 w świadczeniach szpitalnych miał miejsce w 8 produktach rozliczeniowych, spadek w 8, bez zmian pozostało 27 produktów.

W lecznictwie szpitalnym, w wariantcie 3 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 68 mln PLN, co odpowiada 4% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 159 mln PLN, co odpowiada 9% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantcie 3 w świadczeniach szpitalnych miał miejsce w 24 produktach rozliczeniowych, spadek w 12, bez zmian pozostało 7 produktów.

Wartość całkowitego kosztu inkrementalnego dla poszczególnych scenariuszy przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 63. Wyniki analizy wpływu na budżet dla świadczeń stacjonarnych

wariant	wartość zrealizowanych - NFZ 2014	bez uwzględniania listy oczekujących			z uwzględnieniem listy oczekujących		
		wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %	wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %
1	1 795 875 999,70	2 115 169 833,55	319 293 833,85	18%	2 191 466 332,06	395 590 332,36	22%
1a	1 795 875 999,70	2 165 797 025,68	369 921 025,98	21%	2 249 802 364,29	453 926 364,59	25%
2	1 795 875 999,70	1 796 900 933,63	1 024 933,93	0%	1 881 198 084,91	85 322 085,21	5%
3	1 795 875 999,70	1 863 859 252,95	67 983 253,25	4%	1 954 916 894,53	159 040 894,83	9%

Dla świadczeń ambulatoryjnych, w wariantcie 1 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z oszczędnościami po stronie płatnika publicznego w wysokości 21,5 mln PLN, co odpowiada 4% obniżeniu kosztów w sektorze opieki ambulatoryjnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) oszczędności te wyniosą ok. 14,6 mln PLN, co odpowiada 3% obniżeniu kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w świadczeniach ambulatoryjnych w wariantcie 1 miał miejsce w 51 produktach rozliczeniowych, natomiast spadek w 75.

Dla świadczeń ambulatoryjnych, w wariantcie 1a wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z oszczędnościami po stronie płatnika publicznego w wysokości 20,5 mln PLN, co odpowiada 4% obniżeniu kosztów w sektorze opieki ambulatoryjnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) oszczędności te wyniosą ok. 13,5 mln PLN, co odpowiada 3% obniżeniu kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w świadczeniach ambulatoryjnych w wariantcie 1a miał miejsce w 35 produktach rozliczeniowych, natomiast spadek w 46, bez zmian pozostało 45 produktów.

Dla świadczeń ambulatoryjnych, w wariantcie 2 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 129,9 mln PLN, co odpowiada 24% wzrostowi kosztów w sektorze opieki ambulatoryjnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 142 mln PLN, co odpowiada 27% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w świadczeniach ambulatoryjnych w wariantcie 2 miał miejsce w 72 produktach rozliczeniowych, natomiast spadek w 9, bez zmian pozostało 45 produktów.

Dla świadczeń ambulatoryjnych, w wariantcie 3 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 113 mln PLN, co odpowiada 21% wzrostowi kosztów w sektorze opieki ambulatoryjnej w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 125 mln PLN, co odpowiada 24% wzrostowi kosztów w sektorze opieki stacjonarnej w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w świadczeniach ambulatoryjnych w wariantcie 3 miał miejsce w 70 produktach rozliczeniowych, natomiast spadek w 11, bez zmian pozostało 45 produktów.

Tabela 64. Wyniki analizy wpływu na budżet dla świadczeń ambulatoryjnych

wariant	wartość zrealizowanych - NFZ 2014	bez uwzględniania listy oczekujących			z uwzględnieniem listy oczekujących		
		wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %	wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %
1	532 415 297,69	510 903 304,57	-21 511 993,11	-4%	517 858 990,38	-14 556 307,30	-3%
1a	532 415 297,69	511 876 364,62	-20 538 933,07	-4%	518 860 829,87	-13 554 467,82	-3%
2	532 415 297,69	662 307 449,79	129 892 152,11	24%	674 433 130,82	142 017 833,13	27%

3	532 415 297,69	645 494 601,96	113 079 304,27	21%	657 692 137,05	125 276 839,36	24%
---	----------------	----------------	----------------	-----	----------------	----------------	-----

Dla wszystkich świadczeń łącznie (lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne) z pominięciem Izby Przyjęć, w wariantcie 1 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 297,8 mln PLN, co odpowiada 13% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 381 mln PLN, co odpowiada 16% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantcie 1 miał miejsce w 68 produktach rozliczeniowych, spadek w 92, bez zmian pozostały 2 produkty.

Dla wszystkich świadczeń (lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne) z pominięciem Izby Przyjęć, w wariantcie 1a wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 349,3 mln PLN, co odpowiada 15% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 440,3 mln PLN, co odpowiada 19% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantcie 1a miał miejsce w 52 produktach rozliczeniowych, spadek w 63, bez zmian pozostały 54 produkty.

Dla wszystkich świadczeń (lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne) z pominięciem Izby Przyjęć, w wariantcie 2 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 130,9 mln PLN, co odpowiada 6% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 227,3 mln PLN, co odpowiada 10% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantcie 2 miał miejsce w 80 produktach rozliczeniowych, spadek w 17, bez zmian pozostały 72 produkty.

Dla wszystkich świadczeń (lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne) z pominięciem Izby Przyjęć, w wariantcie 3 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 181 mln PLN, co odpowiada 8% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. W przypadku uwzględnienia liczby osób oczekujących (stan na czerwiec 2015 r.) wzrost ten wyniesie ok. 284,3 mln PLN, co odpowiada 12% wzrostowi kosztów w stosunku do 2014 r. Wzrost taryfy w wariantcie 3 miał miejsce w 94 produktach rozliczeniowych, spadek w 23, bez zmian pozostały 52 produkty.

Tabela 65. Wyniki analizy wpływu na budżet dla świadczeń ogółem – bez Izby Przyjęć

wariant	wartość zrealizowanych - NFZ 2014	bez uwzględniania listy oczekujących			z uwzględnieniem listy oczekujących		
		wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %	wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %
1	2 328 291 297,39	2 626 073 138,13	297 781 840,74	13%	2 709 325 322,45	381 034 025,06	16%
1a	2 328 291 297,39	2 677 673 390,30	349 382 092,92	15%	2 768 663 194,16	440 371 896,77	19%
2	2 328 291 297,39	2 459 208 383,42	130 917 086,04	6%	2 555 631 215,73	227 339 918,35	10%
3	2 328 291 297,39	2 509 353 854,91	181 062 557,52	8%	2 612 609 031,58	284 317 734,19	12%

Dla świadczeń udzielanych w Izbie Przyjęć przyjęcie taryfy w formie i wysokości zaproponowanej przez Agencję będzie się wiązało z oszczędnościami po stronie płatnika publicznego w wysokości ok. 0,52 mln PLN, co odpowiada 4% obniżeniu kosztów w stosunku do 2014 r.

Tabela 66. Wyniki analizy wpływu na budżet dla Izby Przyjęć

Suma ryczałtów z NFZ	Suma ryczałtów wg propozycji AOTM	Sumaryczna liczba porad z NFZ	Sumaryczna kwota za porady AOTM	Suma łącznie AOTM	Różnica AOTM-NFZ	Zmiana procentowa
11 953 341,20	8 643 251,76	42 093	2 791 481,55	11 434 733,31	-518 607,89 zł	-4%

Pełna wersja wszystkich obliczeń znajduje się w Załączniku nr 12 oraz Załączniku nr 13.

Analizując powyższe dane należy mieć na uwadze następujące ograniczenia:

W leczeniu stacjonarnym NFZ stosuje korektory cen dla osobodni pobytu przekraczającego standardy czasu określone w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz dla dni, w których świadczeniobiorca przebywał na przepustce (korektory w wysokości 0,7; 0,5; 0,49 i 0,35 wartości punktowej produktu). Dane o liczbie i wartości zrealizowanych świadczeń nie uwzględniają zastosowania wspomnianych korektorów. W symulacji skutków

finansowych proponowanych zmian, wszystkim zrealizowanym produktom z danego zakresu przypisano wartości obliczone przez AOTMiT w pełnej stawce. Powoduje to, że zasymulowana wartość świadczeń z zastosowaniem nowych taryf jest wyższa od potencjalnej rzeczywistej wartości świadczeń, która uwzględniałaby stosowane przez NFZ korektory. Powyższe założenie należy uznać za konserwatywne.

Ze względu na fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi list oczekujących we wszystkich komórkach organizacyjnych, dla których mogą być zakontraktowane świadczenia z zakresu psychiatrii; skutki finansowe przedstawione w analizie wpływu na budżet należy przyjąć za szacunkowe.

W Załączniku nr 14 zostały przedstawione skutki finansowe dla poszczególnych świadczeniodawców zmiany taryfy poszczególnych świadczeń dla wszystkich 4 wariantów wyceny AOTMiT.

6. Kluczowe informacje i wnioski

Celem niniejszego opracowania jest opis zasad i procesu weryfikacji wyceny punktowej świadczeń opieki zdrowotnej przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców i zaproponowania nowych taryf punktowych odzwierciedlających wzajemne relacje kosztowe pomiędzy poszczególnymi produktami, z wykorzystaniem danych kosztowych uzyskanych od wybranych świadczeniodawców za 2013 i 2014 rok, zgodnie z przyjętą metodyką.

Przedmiotem opracowania są świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zgodnie z planem taryfikacji w roku 2015, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2015 r.

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła dwukrotne postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowywania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W wyniku obu przeprowadzonych postępowań AOTMiT zawarła umowy na przekazywanie Danych niezbędnych do ustalenia taryfy z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ze 123 świadczeniodawcami, w tym z 4 świadczeniodawcami podpisano umowy na przekazanie Danych Bieżących. W wyniku przeprowadzonej weryfikacji merytorycznej, do ustalenia taryf świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wykorzystano dane od 112 świadczeniodawców.

Zgodnie z przyjętą metodyką taryfikacji świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w celu ustalenia taryfy, zastosowano 3 podejścia analityczne:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Kolejne etapy procesu ustalania taryfy świadczenia opieki zdrowotnej obejmowały: ustalenie referencyjnego kosztu świadczenia, powiększenie referencyjnego kosztu świadczenia o mnożnik zmian wielkości kosztu świadczenia oraz przeliczenie wartości pieniężnej uzyskanego kosztu świadczenia na taryfę punktową.

Przekształcenia danych kosztowych w taryfę punktową dokonano w oparciu o świadczenie bazowe, dla którego przypisano wartość punktową taryfy równą „1”. Jako świadczenie bazowe zostało wybrane świadczenie ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02) – porada lekarska diagnostyczna (5.15.12.0000124), dla którego udało się zebrać największą liczbę danych od świadczeniodawców, a więc dla którego próba była najbardziej reprezentatywna.

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono ostatecznie 4 warianty taryfy:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisane zostały koszty obliczone dla produktu analogicznego.
- Wariant 1a - na podstawie określonego przez eksperta klinicznego referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została średnia wartość płacona przez NFZ.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców. W przypadku, gdy dla danego produktu nie udało się pozyskać danych, przypisana została wycena NFZ.

W efekcie – w wariantcie 1 - 92 wyceny zmalały, 68 wzrosło, w wariantcie 1a - 63 wyceny zmalały, 52 wzrosło, w wariantcie 2 - 80 wycen zmalało, 2 wzrosło, w wariantcie 3 - 23 wyceny zmalały, 94 wzrosło.

Symulacja konsekwencji wprowadzenia nowej taryfy dla świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień wskazuje na wzrost wydatków płatnika publicznego, który w wariantach najbardziej skrajnych wyniesie odpowiednio około 131 mln PLN (minimalnie) do około 349 mln PLN (wariant maksymalny). Należy mieć jednak na uwadze, iż powyższe koszty mogą być niższe w przypadku uwzględnienia korektorów czasu pobytu przekraczającego standardową długość (0,7; 0,5; 0,49 i 0,35 wartości punktowej produktu).

Analizując wyniki dokonanej retaryfikacji świadczeń należy mieć na względzie, iż przeprowadzona wycena charakteryzuje się pewnymi ograniczeniami.

Wariant 1 i 1a
<ul style="list-style-type: none"> Przebieg referencyjny został opracowany przez ekspertów (przede wszystkim wskazanych przez Konsultantów Krajowych w dziedzinie psychiatrii i właściwe towarzystwa naukowe), na podstawie ich najlepszej wiedzy eksperckiej i przy uwzględnieniu światowych standardów realizacji danych świadczeń. Pomimo starannego doboru ekspertów do współpracy oraz sprawdzania i konsultowania otrzymanych przebiegów pomiędzy ekspertem a Agencją, opracowany w ten sposób standard realizacji świadczenia nie jest pozbawiony ograniczeń. Należy mieć na uwadze, że jest to pewnego rodzaju uśrednienie (założenie o 'standardowym pacjencie') przyjęte na potrzeby wyceny, gdzie trudności może sprawiać rozdzielenie elementów obligatoryjnych i opcjonalnych świadczenia oraz ich właściwe uśrednienie. Referencyjny przebieg opracowany przez eksperta nie zawsze uwzględniał całkowite zaangażowanie personelu. W szczególności odnosi się to do pracy pielęgniarki, którą w znacznym odsetku przebiegów w hospitalizacji przypisywano do realizacji procedur oraz podania leków, natomiast pomijano czas przeznaczony na opiekę nad pacjentem na oddziale. Wówczas Agencja przyjmowała do obliczeń czas pracy pielęgniarki na podstawie danych z wariantu rzeczywistego. W przypadku niektórych świadczeń opracowanych zostało kilka przebiegów referencyjnych, które różnicowało rozpoznanie (ICD-10), w tym wypadku skalkulowana taryfa jest średnią ważoną występowaniem poszczególnych rozpoznań w ramach produktów rozliczeniowych NFZ zrealizowanych w roku 2014. Koszty nałożone na przebieg referencyjny były kosztami rzeczywistymi, otrzymanymi od świadczeniodawców, w związku z czym wszystkie ograniczenia odnoszące się do sposobu zbierania danych oraz ich jakości mają przełożenia na ograniczenia Wariantu 1.
Wariant 2
<ul style="list-style-type: none"> Nie było możliwości zweryfikowania i uwzględnienia właściwego standardu realizacji świadczeń pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, od których zbierano dane kosztowe. Nie wszyscy świadczeniodawcy sprawozdawali komplet danych dotyczących leków oraz procedur medycznych, co ograniczało wielkość próby wziętej do kalkulacji taryfy lub wręcz uniemożliwiało kalkulację wariantu 2 taryfy dla danego świadczenia. Koszty infrastruktury były alokowane proporcjonalnie do liczby wykonanych świadczeń na danym oddziale, jedynie leki oraz procedury medyczne były przypisane bezpośrednio do rodzaju świadczenia. Biorąc pod uwagę, że koszt infrastruktury jest istotną składową kosztu całkowitego, podejście to jest pewnego rodzaju przybliżeniem.
Wariant 3
<ul style="list-style-type: none"> Nie było możliwości zweryfikowania i uwzględnienia właściwego standardu realizacji świadczeń pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, od których zbierano dane kosztowe. Analizowane koszty są uśrednione do poziomu oddziału, na którym realizowane jest świadczenie podlegające wycenie. W związku z tym, jeżeli na oddziale realizowane są świadczenia różniące się między sobą kosztami (głównie leków oraz procedur medycznych), to różnice te nie zostaną odzwierciedlone w taryfie.
Ogólne
<ul style="list-style-type: none"> Z uwagi na obowiązujące przepisy prawa, współpraca świadczeniodawców z Agencją związana z przekazywaniem danych medyczno-kosztowych jest dobrowolna. W związku z tym brak jest możliwości zapewnienia pełnej reprezentatywności próby, zarówno w

odniesieniu do liczby, struktury, wielkości i rozmieszczenia regionalnego.

- W przypadku niektórych świadczeń nie udało się osiągnąć progu 10% reprezentatywności próby. W większości dotyczyło to świadczeń ambulatoryjnych, jednak biorąc pod uwagę dużą liczbę ambulatoriów realizujących świadczenia psychiatryczne w skali kraju można uznać, że odsetek 6-8% pozwala na prawidłowe oszacowanie kosztów.
- Do kalkulacji taryf posłużyły historyczne dane kosztowe, które mogą być niższe niż koszty obecnie ponoszone przez świadczeniodawców. Aby to ograniczenie zniwelować wysokość taryfy została powiększona o opisany w metodyce mnożnik wielkości zmian kosztów.
- Z uwagi na brak obowiązującego standardu rachunku kosztów sposób alokowania pozamedycznych kosztów pośrednich faktycznie poniesionych na dany OPK, sposób identyfikowania obiektów kosztów, sposób identyfikowania w systemie finansowo-księgowym kosztów faktycznie poniesionych oraz sposób gromadzenia i rozliczania kosztów zarządu różnią się pomiędzy świadczeniodawcami. Ograniczenia dotyczyły przybliżeń stosowanych podczas przeliczania zatrudnienia na podstawie kontraktu/ umowy o dzieło/ umowy zlecenia na wartość etatu oraz konieczności proporcjonalnej alokacji pewnych składowych wynagrodzenia (składki ubezpieczeniowej, składki na Fundusz Pracy oraz PFRON), świadczeniodawcy podawali je sumarycznie bez rozróżniania na rodzaj personelu.
- Nie wszyscy świadczeniodawcy w rzetelny sposób przedstawiali dane dotyczące ilości etatów dla personelu medycznego bądź mieli problemy z przeliczeniem innych niż umowa o pracę form zatrudnienia na odpowiedniki etatów, co skutkowało zaburzeniem wysokości średnich wynagrodzeń na godzinę pracy personelu medycznego.
- Niektórzy świadczeniodawcy nie przedstawili wynagrodzeń personelu medycznego w rozbiciu na kategorie, co ograniczało wielkość próby wziętej do kalkulacji średnich wynagrodzeń personelu na godzinę pracy.
- Jakość danych przesłanych przez małych świadczeniodawców nie prowadzących pełnej księgowości (np. książka przychodów i rozchodów) nie pozwalała na dokładne rozdzielanie kosztów na poszczególne kategorie.
- Referencyjna baza danych zarejestrowanych produktów leczniczych użyta do analizy kosztów leków nie obejmowała wszystkich produktów będących w obrocie w okresie sprawozdawczym (2013-2014), a jedynie aktualnie dostępne. Leki, dla których świadczeniodawca zaraportował jedynie kod EAN i których identyfikacja nie była możliwa na podstawie aktualnej bazy URPL bądź kodu EAN zaraportowanego przez innego ze świadczeniodawców, nie były brane do analizy.
- Koszty leków mogły istotnie różnić się pomiędzy świadczeniodawcami, co wynika ze zróżnicowania cen negocjowanych z hurtowniami oraz cen uzyskiwanych w ramach przetargów.
- Dla niektórych substancji czynnych liczba kompletnych rekordów sprawozdanych przez świadczeniodawców była niewielka.
- Procedury medyczne dla których podany kod ICD-9 nie odpowiadał podanej nazwie zgodnie z opracowanym słownikiem procedur medycznych lub podana nazwa procedury (przy braku kodu ICD-9) była niejednoznaczna, nie były brane do analizy.
- Koszty procedur medycznych mogły być zróżnicowane pomiędzy świadczeniodawcami, co wynika z różnych cen jednostkowych wynegocjowanych z laboratoriami zewnętrznymi.

W wyniku przeprowadzonych analiz danych medyczno-kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców oraz danych literaturowych, a także biorąc pod uwagę opinie ekspertów otrzymanych w trakcie prac wprowadzonych w Agencji, można formułować następujące propozycje zmian finansowania oraz organizacji udzielania świadczeń w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień:

1. usunięcie wybranych produktów kontraktowych NFZ,
2. wydzielenie nowych produktów kontraktowych NFZ,
3. zmiana źródła finansowania świadczeń z zakresu psychiatrii sądowej,
4. zintegrowanie i właściwa koordynacja opieki psychiatrycznej.

Ad. 1

Zgodnie z sugestią współpracującego przy wycenie świadczeń eksperta postulowane jest wycofanie świadczenia opieki zdrowotnej polegającego na wydawaniu dawek leków stosowanych w celu obniżenia

poziomu testosteronu (kod produktu rozliczeniowego NFZ 5.15.12.0000276) w ramach świadczenia opieki zdrowotnej „program terapii zaburzeń preferencji seksualnych” z powodu braku kontroli nad farmakoterapią. Leki w programie są przepisywane na receptę w czasie wizyt lekarskich bez możliwości kontroli skuteczności terapii. „Wydawanie leków w trakcie terapii osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nie znajduje uzasadnienia merytorycznego i etycznego. Ponadto, świadczenie to byłoby trudne pod kątem logistycznym przy obecnych przepisach prawnych i obciążające finansowo”.

Ponadto świadczenie „diagnostyka i kontrola laboratoryjna” (kod produktu rozliczeniowego NFZ 5.15.12.0000277) powinna odbywać się w ramach diagnostycznych i kontrolnych wizyt lekarskich, a nie stanowić odrębny produkt/świadczenie.

Ponadto należy też rozważyć zasadność dalszego finansowania świadczeń, które nie były realizowane w latach 2013-2014 (brak informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej w systemie informatycznym NFZ). Nie są to więc świadczenia realizowane powszechnie, a ich usunięcie nie powinno wpłynąć na jakość świadczonej opieki medycznej dla pacjentów chorych psychicznie oraz uzależnionych.

Ad.2

Należy rozważyć możliwość utworzenia nowego świadczenia „Świadczenie domowe z udziałem osoby towarzyszącej tzw. świadczenie zespołowe”.

Opis problemu

Część wizyt domowych realizowanych w ramach zakresu świadczeń - leczenie środowiskowe (domowe) kod 04.2730.001.02 musi odbywać się ze względu bezpieczeństwa osoby udzielającej świadczenie w asyście drugiej osoby. Dotychczas w taryfie świadczeń nie uwzględniano kosztów wynikających z udziału w wizycie osoby towarzyszącej.

Z danych udostępnionych przez świadczeniodawcę, który ma kontrakt na świadczenie opieki z zakresu leczenia środowiskowego (domowego) dla lat 2013 i 2014 wynika, że tego typu świadczenia stanowiły około 7% świadczeń ogółu świadczeń wykonywanych przez ten podmiot.

Proponowane rozwiązanie

Rekomenduje się by do grona świadczeń, które dawałyby możliwość ich udzielania z osobą towarzyszącą włączyć część świadczeń należących do zakresu leczenia środowiskowe (domowe). Świadczenia te z jednej strony powinny spełniać warunek niezbędności dla pacjenta, a z drugiej strony charakter i sposób ich realizacji powinien pozwalać na obecność osoby towarzyszącej.

Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000261	wizyta / porada domowa/ środowiskowa miejscowa
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000262	wizyta / porada domowa/ środowiskowa zamiejscowa
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000149	porada lekarska diagnostyczna
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000257	porada lekarska terapeutyczna
04.2730.001.02	leczenie środowiskowe (domowe)	5.15.12.0000258	porada kontrolna

W przypadku uzupełnienia listy świadczeń w zakresie świadczeń leczenie środowiskowe (domowe) o świadczenia z udziałem osoby towarzyszącej, kluczowe jest ustalenie przejrzystych kryteriów dopuszczających ich rozliczanie.

Zakłada się, że udzielanie świadczeń z udziałem osoby towarzyszącej powinno być możliwe tylko w przypadku spełnienia ściśle określonych udokumentowanych kryteriów, które obiektywnie sprawiają, że wizyta realizowana tylko przez jednego pracownika świadczeniodawcy może być dla niego niebezpieczna.

Proponowane kryteria umożliwiające realizację wizyty z osobą towarzyszącą:

- pacjenci z udokumentowanymi przypadkami agresji czynnej wobec innych osób. (np. niebieska karta, wywiad środowiskowy z ośrodka pomocy społecznej lub innej instytucji,

- pacjenci zwolnieni z detencji sądowej (po leczeniu szpitalnym z nakazu sądu po czynie zabronionym),
- wizyty interwencyjne, pacjent z ostrymi objawami psychotycznymi (np.: pacjent z pogorszeniem, wymagający wysłania do szpitala - informacja telefoniczna),
- pierwsza wizyta w nowym środowisku, jeśli w wywiadzie środowiskowym są informacje o zachowaniach agresywnych.

Świadczeniodawca zobowiązany będzie posiadać dokumenty potwierdzające zajście wyżej wymienionej okoliczności, które w przypadku kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia będą mogły być weryfikowane.

Dodatkowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy powinien istnieć obowiązek weryfikacji konieczności kontynuacji realizowania u danego pacjenta wizyt z osobą towarzyszącą. Weryfikację powinien przeprowadzić lekarz psychiatra prowadzący chorego i zamieścić stosowny wpis w dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku wizyt dwóch członków zespołu, drugą osobą powinna być pielęgniarka lub terapeuta środowiskowy. Dodatek za udział osoby towarzyszącej wyniesie równowartość wynagrodzenia za czas pracy osoby towarzyszącej, w wymiarze minimalnego czasu trwania udzielania danego świadczenia.

Proponuje się, by został włączony także dodatkowy mechanizm zapobiegający nadużywaniu możliwości odbywania wizyt z udziałem osoby towarzyszącej, polegający na ograniczeniu liczby tych wizyt do nie więcej niż 7% ogółu wizyt w jednoimiennych produktach rozliczeniowych w ujęciu miesięcznym. Tak więc do obliczeń będzie brana suma liczby udzielonych świadczeń w formie produktu podstawowego (patrz. Tabela 1) i w formie produktu pochodnego (z udziałem osoby towarzyszącej) powstałego na bazie tego produktu (patrz. Tabela 2).

Czas wymagany na realizację świadczeń zespołowych będzie identyczny z czasem odpowiadającego mu świadczenia realizowanego przez jednego członka zespołu.

W przypadku podjęcia decyzji o zasadności powyższych rozwiązań, Agencja podejmie stosowne działania we współpracy z NFZ i MZ, zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia.

Ad. 3

Należy zwrócić uwagę, iż świadczenia realizowane z zaangażowaniem środków zabezpieczających (ochrona, monitoring, pielęgniarze) finansowane są w całości ramach kwoty kontraktu z NFZ. Realizowanie tego rodzaju świadczeń nie jest objęte systemowym wyodrębnieniem kosztów, właściwych dla procesu leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej oraz odrębnie dla zadania zabezpieczającego. Zgodnie z opinią eksperta *"brak systemowej analizy, skutkuje powierzeniem opiece zdrowotnej do realizacji i finansowania, prawnie uzasadnionego zadania zabezpieczającego bez jego zrekompensowania ze strony wymiaru sprawiedliwości"*. Z tego względu wartość punktu NFZ dla tych świadczeń jest obecnie znacznie wyższa w stosunku do wartości dla hospitalizacji prowadzonych na oddziałach bez zabezpieczenia.

Wydaje się więc zasadne rozważenie kwestii rozdziału medycznych oraz pozamedycznych kosztów (realizacja wzmocnionego zabezpieczenia) ponoszonych na świadczenia przebiegające w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

Kolejnym kluczowym elementem wpływającym na koszty świadczeń psychiatrycznych, gdzie pacjenci przebywają w warunkach wzmocnionego nadzoru jest nowelizacja przepisów regulowanych ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 20 marca 2015 r. Poz. 396). Zgodnie z opinią eksperta, obowiązujące od 1 lipca 2015 r. przepisy spowodują:

"1. zwiększenie liczby osób, wobec których będzie realizowany środek zabezpieczający w zakładach opieki zdrowotnej (o nieobecnych w dotychczasowym systemie sprawców ze znacznie ograniczoną poczytalnością [art. 93c p.2]);

2. konieczność zapewnienia większej bazy lokalowej i etatowej dla zabezpieczenia realizacji ustawowo określonych zadań;

3. wydłużenie okresu realizacji środka zabezpieczającego w zamkniętych zakładach psychiatrycznych (wprowadzenie kryterium oceny „prawdopodobieństwa popełnienia podobnego czynu o znacznej szkodliwości społecznej”, co wpłynie na asekuracyjne wydłużanie czasu realizacji świadczenia),

4. konieczność organizacyjnego, etatowego i lokalowego zabezpieczenia realizacji psychiatrycznego świadczenia zabezpieczającego o charakterze ambulatoryjnym („terapia”, „terapia uzależnień”) wobec osób poddanych ustawie, nie na zasadzie dobrowolności lecz obligatoryjności realizacji prawomocnego postanowienia sądowego".

W obecnej chwili nie jest możliwe oszacowanie skutków zmian regulacji prawnych na koszt świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień, należy się jednak spodziewać wzrostu nakładów po stronie świadczeniodawców wynikającego z wprowadzenia nowych regulacji prawnych. Wykonana przez Agencję wycena świadczeń realizowanych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia nie uwzględnia nowych regulacji prawnych, ponieważ okres zbierania danych obejmował lata 2013-2014. Optymalnym podejściem wydaje się przeprowadzenie ponownej wyceny po co najmniej rocznym obowiązywaniu nowych przepisów.

Ad.4

W odpowiedzi na konieczność zmian w systemie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, zaproponowano system zintegrowanej opieki, zapewniający ciągłość i kompleksowość świadczeń. Ponad 20-letnie doświadczenie innych krajów europejskich wskazuje, że jest to model lepszy i tańszy niż tradycyjny, oparty o duży szpital psychiatryczny, gwarantujący zapobieganie konieczności leczenia szpitalnego, maksymalne (możliwe) skracanie czasu pobytu w szpitalu oraz przesunięcie opieki nad pacjentem w kierunku ambulatorium oraz opieki w środowisku. Podjęte działania mają na celu poprawę dostępności i lepsze dostosowanie profilu świadczeń do realnych potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Zgromadzone w ramach aktualnych prac dane medyczno-kosztowe, obejmujące wszystkie elementy składowe opieki koordynowanej tj. oddział szpitalny oraz oddział dzienny, opiekę ambulatoryjną a także opiekę środowiskową, mogą być materiałem wyjściowym dla prognozowania o przyszłych kosztach ponoszonych na nową formę opieki.

7. Źródła

1	Ministerstwo Zdrowia (2011). <i>Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia</i> ; http://www.umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/user_upload/Zdrowie/2012/Priorytety_MZ.pdf [dostęp w dniu 11.02.2015],
2	http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx [dostęp w dniu 11.02.2015]
3	Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.-C., <i>The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010</i> , <i>European Neuropsychopharmacology</i> (2011) 21, 655–679.
4	Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, red: Bogdan Wojtyński, Paweł Goryński, Bożena Moskaiewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012 http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf [dostęp w dniu 11.02.2015],
5	http://www.ezop.edu.pl/index.html [dostęp w dniu 11.02.2015],
6	Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego (IPiN-ZZP). <i>Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2012. Dział I Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, Dział III Psychiatryczna opieka całodobowa</i> . Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Materiał niepublikowany,
7	Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO; https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf , [dostęp w dniu 17.02.2015],
8	OECD (2012), <i>Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work</i> , Mental Health and Work, OECD Publishing, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en#page3 [ostatni dostęp 02.06.2015]
9	EuroPoPP-MH z 2013 (<i>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. European profile of prevention and promotion of mental health</i>), http://www.os-kolumbus.org/attachments/article/39/EUROPOPP-MH-LAY-VERSION-REPORT1.pdf [ostatni dostęp w dniu 03.06.2015]
10	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf?ua=1 [ostatni dostęp 02.06.2015]
11	Raport Ministerstwa Zdrowia, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”; http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html [ostatni dostęp w dniu 03.06.2015]
12	OECD (2014), <i>Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care</i> , OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en [ostatni dostęp 02.06.2015]
13	Wright P., Stern J., Phelan M.. <i>Psychiatria. Sedno</i> . ELSEVIER. Wrocław 2008,
14	<i>Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa</i> , pod redakcją Donaty Kurpas, Haliny Miturskiej i Marty Kaczmarek, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
15	red. Jarema M., <i>Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych</i> , VIA MEDICA, Gdańsk 2011.
16	Gałecki P., Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Joanna Mossakowska, Andrzej Depko, <i>Problemy kliniczne w terapii zaburzeń preferencji seksualnych – część druga</i> , <i>Clinical issues in the therapy of the sexual preferences disorders – part two</i> , <i>Current Problems Of Psychiatry</i> 2010; 11(3): 187-192
17	http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106349 [dostęp w dniu 10.04.2015],
18	Bisaga A., Wojnar M., <i>Farmakologiczne leczenie uzależnień; w: Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii</i> , http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 [ostatni dostęp w dniu 10.04.2015]
19	CHPL Adepend, 50 mg, tabletki, http://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/ProduktSzczegoly.aspx?id=23659 [dostęp w dniu 22.04.2015],
20	CHPL Naltrexone Hydrochloride Accord, 50 mg, tabletki, http://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/ProduktSzczegoly.aspx?id=23769 [dostęp w dniu 22.04.2015],
21	CHPL Campral, 333 mg, tabletki, http://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/ProduktSzczegoly.aspx?id=8223 [dostęp w dniu 22.04.2015],
22	CHPL Selincro, 18 mg, tabletki, http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002583/WC500140255.pdf [dostęp w dniu 22.04.2015],
23	CHPL Anticol, 500 mg, tabletki, http://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/ProduktSzczegoly.aspx?id=600 [dostęp w dniu 22.04.2015].

24	Bieńkowski P, Habrat B, Jarema M, i in. Długoterminowa farmakoterapia wspierająca utrzymywanie abstynencji lub zmniejszająca ilość i intensywność picia alkoholu. Zalecenia Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP); Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, 2013, 3–4, 133–139.
25	American Psychiatric Association, The Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, 2nd Edition, 2010, http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf [ostatni dostęp w dniu 10.04.2015]
26	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. 2011 nr 24 poz. 128); http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego [dostęp w dniu 11.02.2015]
27	NIK, Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań narodowego funduszu zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok”, https://www.nik.gov.pl/plik/id,7653,vp,9595.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
28	red. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka „Schizofrenia – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych”, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2015 http://instytut.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/100z/Publikacje/Raport_Schizofrenia_13_04.pdf [dostęp w dniu 30.04.2015]
29	Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2012 r., Podstawa prawna: art. 2 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.).
30	CSIOZ. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia z lat 2011, 2012, 2013, 2014, http://www.csioz.gov.pl/
31	GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.”, Warszawa 2014, http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html [ostatni dostęp 02.06.2015]
32	WHO: „The World Health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope”, http://www.who.int/whr/2001/en/ [ostatni dostęp 02.06.2015]
33	NFZ, Zarys systemu ochrony zdrowia, 2012, http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/08/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
34	Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia „Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej Rocznik Statystyczny 2009” (dla lat 2008-2009),
35	NFZ, sprawozdania z działalności NFZ; http://www.nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz/ [ostatni dostęp 24.08.2015]
36	Publikacje European Observatory on Health Systems and Policies z serii Health System Review: http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/countries-and-subregions [ostatni dostęp 02.06.2015].
37	Mason A., Goddard M., Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS, CHE Research Paper 50, University of York, York 2009, http://www.york.ac.uk/che/pdf/rp50.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
38	Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M., International Profiles of Health Care Systems, 2013, The Commonwealth Fund, November 2013., http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
39	Final Report Summary - REFINEMENT (Financing systems' effects on the Quality of Mental health care in Europe), European Union, 2015, http://cordis.europa.eu/result/rcn/149791_en.html [ostatni dostęp 02.06.2015]
40	WHO Mental Health Atlas-2011 country profiles http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/ (ostatni dostęp 02.06.2015)
41	Guidance on mental health currencies and payment, Monitor NHS; https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300864/Guidance_to_mental_health_currencies_and_payment.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
42	Jacobs R, Payment by results for mental health services: economic considerations of case-mix funding, Advances in psychiatric treatment 2014, Vol. 20, s. 155-164,
43	Mental Health Payment by Results Guide for 2013-2014, Department of Health Payment by Results team, 2013, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/232162/Mental_Health_PbR_Guidance_for_2013-14.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
44	http://www.ihsa.gov.au/internet/ihsa/publishing.nsf/Content/mental-health#one [dostęp 30.03.2015].
45	http://ihsa.gov.au/internet/ihsa/publishing.nsf/Content/nep-determination-2015-16-html [dostęp 30.03.2015]
46	Health Systems in Transition Vol. 15 No. 6 2013 Estonia. Health system review, Taavi Lai, Triin Habicht, Kristiina Kahur, Marge Reinap, Raul Kiivet, Ewout van Ginneken, http://ee.euro.who.int/HiT-Estonia_2013.pdf [dostęp 30.03.2015]
47	http://www.norddrg.net/norddrgmanual/NordDRG_2012_EST/index.htm [dostęp 30.03.2015]
48	https://www.riigiteataja.ee/akt/123022013001 [dostęp 30.03.2015].

49	Busse R., <i>Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals</i> , European Observatory on Health Systems and Policies Series, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
50	http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Performance%20Indicator%20System%20Dutch%20Mental%20Health%20Care.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
51	Douven R, Remmerswaal M, Mosca I, <i>Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care</i> , CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2014, http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dp292-unintended-effects-reimbursement-schedules-mental-health-care.pdf . [ostatni dostęp w dniu 03.06.2015]
52	Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, 2015; http://www.nza.nl/98174/137715/TB_CU-5074-02_Tariefbeschikking_gespecialiseerde_GGZ_2015.pdf [dostęp 30.03.2015].
53	Greg Zinck Manager, <i>Case Mix, Case Mix and Funding</i> , Health Data Users Day May 12, 2014; http://www.cihiconferences.ca/usersday/downloads/presentations/Greg_Zinck_Session%202.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
54	<i>Case Mix, SCIPP, Grouping and Weighting Methodology</i> , CIHI 2011; http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/INFO_SCIPP_OVERVIEW_EN [ostatni dostęp w dniu 03.06.2015]
55	<i>Ontario Mental Health Reporting System (OMHRS): Interpreting SWPD Reports, 2012–2013</i> , CIHI 2012; http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/OMHRS_INTERPRET_SWPD_REPORT_EN [ostatni dostęp 02.06.2015]
56	<i>Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015, Dezember 2014</i> ; http://www.gdrg.de/cms/content/download/5568/43014/version/2/file/Abschlussbericht_PEPP-System_2015.pdf . [ostatni dostęp w dniu 03.06.2015]
57	Fiori W. i in., [The significance of the principal diagnosis in Germany's new payment system for inpatient treatment of mental disorders], <i>Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i> , 2014, 60 (1), 25-38
58	Hübener F., <i>Financial reforms could worsen German psychiatric care</i> , <i>The Lancet</i> 2013, Volume 381, No. 9865, s. 440
59	http://www.ngsmedicare.com/ngs/wcm/connect/0067397e-cdee-45ad-9e520e83fd568421/MM8889.pdf?MOD=AJPERES [ostatni dostęp 02.06.2015]
60	http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PCPricer/inppsy.html [ostatni dostęp 02.06.2015]
61	Medeiros H., McDaid D., Knapp M. oraz MHEEN Group, <i>Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities</i> , MHEEN II Policy Briefing, 2008; http://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare%28LSERO%29.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
62	<i>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport</i> ; http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/raport_psych_op_srod.pdf (dostęp 2.04.2014),
63	Knapp M., Beecham J., McDavid D., Matosevic T. i Smith M., <i>The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience</i> , <i>Health and Social Care</i> 2011; 19(2): 113-125.
64	<i>Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges</i> , WHO 2008; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf [ostatni dostęp 02.06.2015]
65	<i>MHE, Mapping Exclusion – Institutional and community-based services in the mental health field in Europe</i> , http://www.eph.org/spip.php?article5449 [ostatni dostęp 02.06.2015].

8. Załączniki

- Zal. 1. Wykaz umów podpisanych ze świadczeniodawcami dotyczących przygotowywania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń.
- Zal. 2. Zestawienie pozyskanych przebiegów referencyjnych z aktualnymi warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych
- Zal. 3. Przebieg referencyjny świadczenia na podstawie opinii eksperta dla kodu produktu 5.15.12.0000064, 5.15.12.0000070 oraz 5.15.12.0000175.
- Zal. 4. Przebieg referencyjny świadczenia na podstawie opinii eksperta dla kodu produktu 5.15.12.0000076.
- Zal. 5. Wykaz świadczeniodawców, których dane wykorzystano do szacowania taryfy.
- Zal. 6. Analiza Danych Szczegółowych
- Zal. 7. Analiza wynagrodzeń personelu medycznego
- Zal. 8. Statystyki procedur
- Zal. 9. Statystyki leków i wyrobów medycznych
- Zal. 10. Szczegółowe kalkulacje taryf ambulatoryjnych
- Zal. 11. Szczegółowe kalkulacje taryf stacjonarnych
- Zal. 12. Analiza wpływu na budżet dla świadczeń ambulatoryjnych.
- Zal. 13. Analiza wpływu na budżet dla świadczeń stacjonarnych.
- Zal. 14. Skutki finansowe dla poszczególnych świadczeniodawców