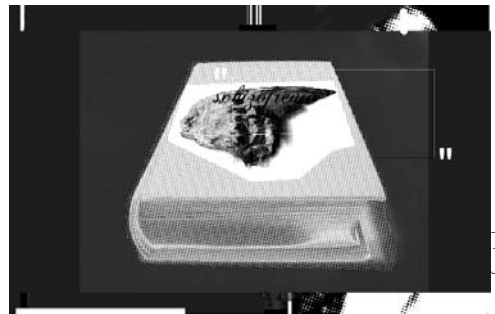


Schizofrenia w Polsce

Biała księga



Przygotowano bardzo wiele raportów o kondycji naukowej czy finansowej danej dyscypliny medycznej w naszym kraju. Czytamy alarmujące analizy dotyczące epidemiologii i wykrywalności nowotworów czy zachorowań z powodu niewydolności serca i krążenia. Są to bezspornie ważne problemy naszego społeczeństwa. Równie istotnym zagadnieniem jest zachorowalność na choroby psychiczne, o których, niestety, się milczy.

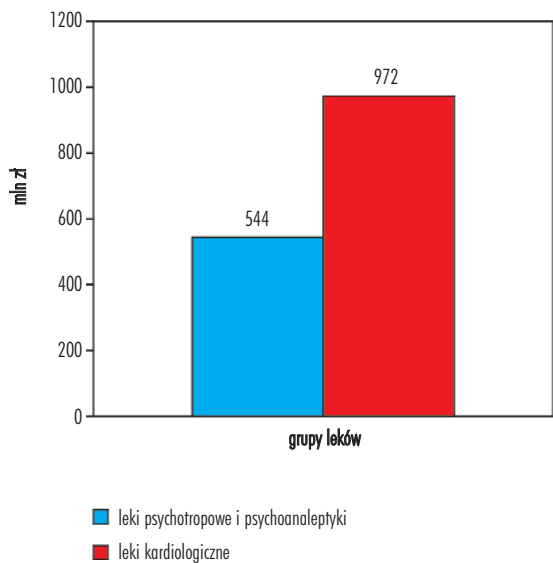
Najcięższe zaburzenie psychiczne – schizofrenia – występuje u 400 tys. Polaków, co stanowi 1 proc. populacji [1]. Skala problemu jest olbrzymia. W USA choruje na nią ponad 2 mln dorosłych obywateli. Statystycznie zapadalność na schizofrenię wynosi od 15 do 30 na 100 tys. osób rocznie, a średni wiek rozpoznania wynosi w wypadku mężczyzn 15–24 lata, natomiast kobiet 25–34 [2]. Wcześniejszy początek choroby wiąże się z gorszymi rokowaniami. Poza poważnymi objawami klinicznymi, które najczęściej na zawsze uniemożliwiają chorym realizację ich życiowego potencjału, dotkliwie wpływają na budżet płatnika, pacjenta i społeczeństwa. Schizofrenia jako najczęściej występująca ciężka choroba psychiczna wywołuje w nas niezaprzeczalnie strach. O jej objawach wiemy niewiele, dlatego powstaje wątpliwość w społecznym odbiorze czy jest to choroba, czy wyrok?

Schizofrenia charakteryzuje się wysoką chorobowością, wczesnym wystąpieniem choroby, przewlekłym i wyniszczającym przebiegiem, niekorzystnym wpływem na jakość życia pacjentów oraz częstą koniecznością hospitalizacji w powodu zaostrzenia objawów. Trudne jest też jej leczenie – u 60–80 proc. pacjentów dochodzi do nawrotu choroby. Biorąc pod uwagę aspekt ekonomiczny, musimy się zgodzić ze stwierdzeniem, że jest to jednocześnie jedno z najbardziej kosztochłonnych schorzeń XXI w. [3]. Analiza sytuacji chorych na schizofrenię, tzn. organizacja opieki, jej ekonomiczne aspekty i miejsce chorego w społeczeństwie polskim, są tematem analizy *Schizofrenia w Polsce. Biała księga*. Cytowane dane dotyczące powyższych kwestii pomagają zobrazować skalę oraz rodzaj problemów.

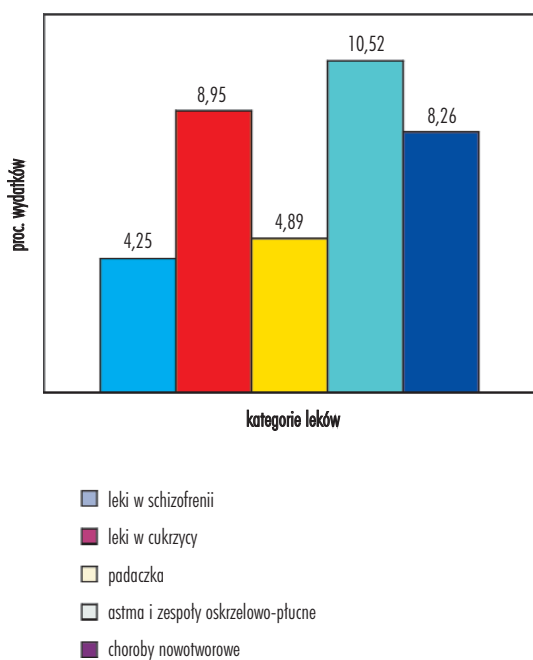
Opieka nad pacjentami ze schizofrenią (dane z 2000 r.) sprawowana jest w 49 szpitalach psychiatrycznych (24 tys. łóżek), na 59 oddziałach psychiatrycznych ogólnych (4 tys. łóżek), w 603 poradniach zdrowia psychicznego, na 84 oddziałach dziennych i w ponad 20 zespołach leczenia środowiskowego. Pacjenci mogą też korzystać z opieki niemal w 400 domach pomocy społecznej dla upośledzonych umysłowo i przewlekle chorych [4].

W 2003 r. na łóżko w całodobowej opiece psychiatrycznej przypadało 12 hospitalizacji rocznie, a średni czas pobytu pacjenta wynosił 40 dni. Dla porównania, chorzy z rozpoznaniem schizofrenii przebywali na oddziałach szpitalnych przeciętnie prawie 2 razy dłużej, bo aż 73 dni. Generalnie, wśród 196 tys. hospitalizowanych rocznie na oddziałach całodobowej opieki psychiatrycznej osoby ze schizofrenią stanowią ok. 16 proc. (w 2003 r. – 31,36 tys. chorych), a wśród 88 tys. hospitalizowanych po raz pierwszy ok. 7 proc. (6,16 tys. osób). Każdego dnia na oddziałach psychiatrycznych przebywa średnio 8,77 tys. osób ze schizofrenią. W 2003 r. hospitalizacje spowodowane tą chorobą odpowiadały za wykorzystanie 3 256 968 osobodni leczenia, co stanowiło 30,8 proc. osobodni wykorzystanych w psychiatrycznej opiece całodobowej. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby leczonych ambulatoryjnie – z 89 tys. w 1997 r. do ponad 122 tys. w 2003 r. [4].

Psychiatryczna opieka zdrowotna (kontraktowane świadczenia zdrowotne w psychiatrii) wraz z farmakoterapią (koszt refundacji leków), opieką środowiskową i innymi formami świadczeń zdrowotnych są finansowane z Narodowego Fundu-

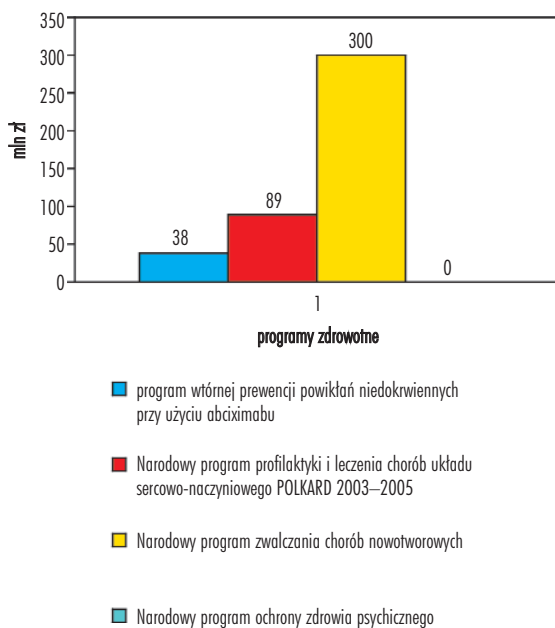


Ryc. 1. Porównanie wydatków NFZ na leki psychotropowe i psychoanaleptyki z lekami kardiologicznymi w 2004 r.



Ryc. 2. Wydatki NFZ na refundację leków stosowanych w chorobach przewlekłych w 2004 r.

szu Zdrowia (poprzednio kasy chorych). W porównaniu z 2000 r. w 2003 r. wydatki na psychiatryczną opiekę zdrowotną spadły z 3,7 proc. do 3,4 proc. wydatków na ochronę zdrowia. Aktualnie jej niedofinansowanie jest szacowane na 15–20 proc. Najpoważniejsze trudności w lecznictwie psychiatrycznym wynikają ze zbyt niskich cen oferowanych przez NFZ za poszcze-



Ryc. 3. Nakłady finansowe na programy zdrowotne w 2006 r. [5]

gólne świadczenia oraz z limitowania liczby zakontraktowanych świadczeń. Jeżeli taka sytuacja będzie się utrzymywała przez dłuższy czas, może spowodować postępujące pogorszenie dostępności do psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, w tym nowoczesnych form opieki środowiskowej.

W porównaniu z finansowaniem farmakoterapii w innych dziedzinach medycyny psychiatria jest

toryjnej opiece kardiologicznej wyniosła ponad 1,127 mln zł. Jednocześnie inne dziedziny medycyny, w tym np. kardiologia czy onkologia, uzyskują dodatkowe poparcie z budżetu Ministerstwa Zdrowia, np. poprzez realizację odpowiednich programów profilaktycznych – *Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD* czy *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych* [6].

Według Światowej Organizacji Zdrowia choroby psychiczne w coraz większym stopniu wpływają na globalne obciążenie chorobami. W 2003 r. 1,365 mln Polaków szukało pomocy w różnego rodzaju placówkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, a ok. 200 tys. osób korzystało z psychiatrycznej opieki całonocowej. Liczby te od wielu lat rosną i w związku z narastającymi wskaźnikami rozpowszechnienia i zachorowalności na zaburzenia psychiczne wymagana jest natychmiastowa poprawa funkcjonowania i finansowania systemu opieki psychiatrycznej [4, 8]. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne od lat stara się o akceptację *Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego*, który powinien być ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej [7].

W pierwszych dniach września 2005 r. rząd zatwierdził projekt nowelizacji ustawy *O ochronie zdrowia psychicznego*. Poprzednie zmiany wprowadzono w czerwcu 1996 r. Niestety, przyjęty projekt nie zawiera decyzji w sprawie utworzenia *Na-*

” W porównaniu z 2000 r. w 2003 r. wydatki na psychiatryczną opiekę zdrowotną spadły z 3,7 proc. do 3,4 proc. ”

niedofinansowana. Rzeczywiste wydatki związane z refundacją leków psycholeptycznych i psychoanaleptyków w 2004 r. wyniosły 544 mln zł, a na leki stosowane w leczeniu schizofrenii wydano ok. 251 mln zł, co stanowi 4,25 proc. kwoty przeznaczonej na finansowanie leków w chorobach przewlekłych. W porównaniu z innymi kategoriami terapeutycznymi, np. astmą i przewlekłymi zespołami oskrzelowo-płucnymi (10,52 proc.), cukrzycą (8,95 proc.), nowotworami (8,26 proc.), leczenie w schizofrenii jest niedofinansowane [5].

Jak poprzednio stwierdzono, finansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zarówno w porównaniu z innymi dziedzinami medycyny, jak w stosunku do potrzeb jest za niskie. Według sprawozdania NFZ za rok 2004, na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień wydano 1,026 mln zł. W tym samym czasie wartość samych kontraktów na oddziałach kardiologicznych i w ambula-

rodowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Jednocześnie odwleka się termin utworzenia docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a pacjenci ze schizofrenią wciąż nie mają dostępu do leków, stanowiących w krajach rozwiniętych uzasadniony medycznie i farmakoeconomicznie standard leczenia [9].

Obowiązujące zasady refundowania leków przeciwpsychotycznych II generacji praktycznie pozbawiają dostępu do nich chorych mogących z takiej terapii odnieść największą korzyść. Są to zwłaszcza młodzi pacjenci, którzy otrzymaliby szanse na kontynuowanie nauki lub pracy. Trzeba podkreślić, że wszystkie medyczne standardy leczenia farmakologicznego uznają za zasadę leczenie pierwszego zachorowania na schizofrenię lekami przeciwpsychotycznymi II generacji [10].

Schizofrenia za sprawą m.in. wysokiej chorobowości, wczesnego początku, przewlekłego i na-

wrotowego przebiegu, kosztów hospitalizacji oraz trudności w aktywnej współpracy pacjenta z lekarzem prawdopodobnie jest chorobą o najwyższych kosztach leczenia, dlatego zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie są nieproporcjonalnie wysokie do jej rozpowszechnienia – i tak wg danych *National Health Service* w Wielkiej Brytanii z początku lat 90. – 91 proc. wydatków wiązało się z kosztami szpitalnymi, podczas gdy wydatki na leki stanowiły od 1 proc. do 7 proc. [11, 12]. W Polsce w 2003 r. średnia długość hospitalizacji pacjentów ze schizofrenią wyniosła 73 dni i była o ponad 82 proc. dłuższa i 2,5 tys. zł droższa od przeciętnej hospitalizacji psychiatrycznej w Europie.

Wprowadzenie nowoczesnych form farmakoterapii, poprzez poprawę skuteczności, redukcję objawów niepożądanych i poprawę współpracy pacjenta i lekarza (*compliance*), zmniejsza liczbę i czas trwania nawrotów choroby, znacząco wpływa na obniżenie częstości i skrócenie czasu hospitalizacji oraz na rehabilitację społeczną, zawodową i edukacyjną chorych. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zaledwie 2 proc. pacjentów ze schizofrenią jest czynnych zawodowo w pełnym wymiarze godzin, 75 proc. pacjentów w Polsce korzysta ze świadczeń renty inwalidzkiej, a 11 proc. wymaga stałej opieki osób trzecich [13].

Według opinii społeczeństwa (CBOS, 2005 r.), chorzy psychicznie są w Polsce traktowani gorzej niż inni, przede wszystkim gdy chodzi o prawo do pracy i zatrudnienia oraz poszanowania godności osobistej. Obserwacje kliniczne wskazują, że dyskryminowanie tych ludzi utrudnia im powrót do zdrowia i odzyskanie pozycji społecznej. Profesjonaliści niosący pomoc chorym psychicznie widzą istotne przejawy dyskryminacji pacjentów ze schizofrenią w dziedzinie prawa do leczenia, np. w nierównym podziale środków przeznaczanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie psychiatryczne, w zaniedbaniu modernizacji systemu opieki psychiatrycznej, w utrzymywaniu zasad refundacji kosztów leków ograniczających dostęp do nowoczesnej, skutecznej i opłacalnej społecznie farmakoterapii [14].

W *Białej księdze*, odpowiadającej wyczerpująco na wiele pytań związanych z problemami leczenia schizofrenii w Polsce, znajdują się konkluzje, z którymi trudno dyskutować [15]:

- Schizofrenia jest chorobą psychiczną wymagającą przewlekłego, nowoczesnego leczenia, aby przeciwdziałać jej odległym następstwom.
- Schizofrenia jest ciężkim zaburzeniem psychicznym o największych kosztach leczenia. Składają się na nie wydatki bezpośrednie (diagnostyka, hospitalizacja, wizyty ambulatoryj-

- ne, leczenie środowiskowe, psychoterapia, edukacja i farmakoterapia) i koszty pośrednie (wynikające z utraty produktywności chorych i tendencji do izolacji społecznej).
- Jakość opieki psychiatrycznej się obniża, zmniejsza się dostępność do niej, a warunki pobytu pacjentów w wielu szpitalach psychiatrycznych urągają podstawowym prawom człowieka. Dyskryminacja dotyczy nie tylko psychicznie chorych, ale również osób i instytucji udzielających im pomocy.
 - Zachorowanie i złe leczenie schizofrenii ma ogromny negatywny wpływ na pozycję chorego w społeczeństwie. Utrudnia kontakty z innymi ludźmi, często uniemożliwia mu założenie rodziny i karierę zawodową. Prawie co drugi pacjent wymaga korzystania z pomocy w ośrodkach oparcia społecznego. Większość chorych na schizofrenię utrzymuje się głównie z renty inwalidzkiej.
 - Stosunek społeczeństwa do chorych psychicznie jest dwojaki. Z jednej strony, większość ludzi uznaje choroby psychiczne za wstydlive, a chorych często określa się w sposób pejoratywny, z drugiej zaś, zdecydowana większość Polaków popiera projekt utworzenia narodowego programu, który promowałby zainteresowanie ochroną zdrowia psychicznego oraz sprzyjał unowocześnieniu leczenia psychiatrycznego.
 - Istotnym problemem jest niedofinansowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Szacuje się je na 15–20 proc. Najpoważniejsze trudności leczenia psychiatrycznego wynikają ze zbyt niskich cen oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia jednostkowe (osobdzień, poradę) oraz dość sztywnego sposobu limitowania zakontraktowanych świadczeń.
 - Pacjenci cierpiący na schizofrenię są narażeni na ryzyko powtarzających się hospitalizacji, nawrotów choroby, izolację od społeczeństwa, a co za tym idzie – na trwałą niesprawność. Konsekwencje tej spirali niekorzystnych wydarzeń są przykre nie tylko dla pacjentów, ale także dla ich rodzin i najbliższego otoczenia.
 - Przejawem dyskryminacji chorych psychicznie w Polsce jest nieuzasadnione medycznie ograniczanie dostępu do leków przeciwpsychotycznych II generacji. Szczególnie niepokojący jest brak mechanizmów refundacji tych leków dla grupy, która mogłaby z nich najbardziej skorzystać – młodych pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii.
 - Konieczne są pilne, głębokie zmiany i dostosowanie systemu organizacyjnego psychiatrycznej opieki zdrowotnej do wymogów współczesnej psychiatrii oraz potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - Niezbędne jest wprowadzenie całościowego procesu terapeutycznego, umożliwiającego świadczenie opieki medycznej na odpowiednim poziomie, gwarantującym pacjentom poprawę stanu zdrowia i jakość życia. Zapewnienie najwyższej jakości leczenia, w tym stosowanie najbardziej odpowiednich środków farmakologicznych, jest obowiązkiem etycznym społeczeństwa i lekarzy.
 - *Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego (NPOZP)* to projekt opracowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Obejmuje on zarówno diagnozę obecnego stanu, jak i propozycje nowoczesnych rozwiązań terapeutycznych. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne od lat stara się o wdrożenie tego projektu.

Piśmiennictwo

1. Goldacre M, Shiwach R, Yeates D. Estimating incidence and prevalence of treated psychiatric disorders from routine statistics: the example of schizophrenia. *J Epidemiol Commun Health* 1994; 48: 318-22.
2. Castle D, Wessely S, Der G, et al. The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 790-4.
3. Cost and effects of the use of long-acting risperidone in the treatment of schizophrenia *Pharmacoeconomics* 2005; 23 Suppl 1.
4. IPIN Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik statystyczny* 2003, Warszawa 2004.
5. Sprawozdanie finansowe NFZ za rok 2004. www.nfz.gov.pl.
6. Kamiński M. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę kardiologiczną w 2004 r. Prezentacja podczas debaty *Jak najskuteczniej leczyć choroby serca i układu krążenia*, Centrum Multimedialne Foksal, 13.06.2005.
7. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2003–2015. Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2005.
8. Wciórka B, Wciórka J. Czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne? Komunikat z badań. Centrum Badania Opinii Społecznej 2005; BS/116/2005.
9. <http://www.psychiatria.org.pl/arch/5716>.
10. Jarema M. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Leków Przeciwpowrotnych II Generacji powołanej przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przyjęte na zebraniu Zarządu Głównego PTP 25.05.2004.
11. National Health Service Executive (NHSE). Burden of disease. Leeds. NHSE, 1996.
12. Guest JF, Cookson RF. Cost of Schizophrenia to UK Society. An Incidence-Based Cost-of-Illness Model for the First 5 Years Following Diagnosis *Pharmacoeconomics* 1999 Jun; 15 (6): 597-610.
13. Żołnierczuk-Kieliszek D, Żak B. Społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię. *Zdrowie Publ* 2002; 112 (3): 362-366.
14. Wciórka B, Wciórka J. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań. Centrum Badania Opinii Społecznej 2005; BS/118/2005.
15. Schizofrenia w Polsce. Biała księga.

prof. dr hab. med. Aleksandra Araszkievicz
Konsultant Wojewódzki ds. Psychiatrii, Katedra i Klinika Psychiatrii
AM Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy